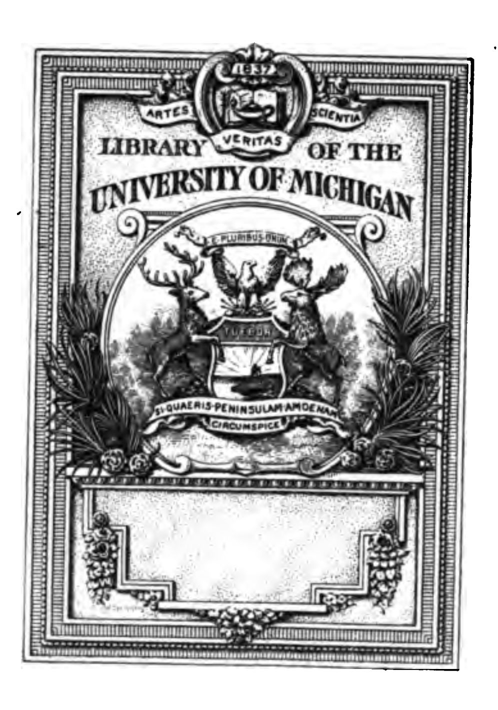
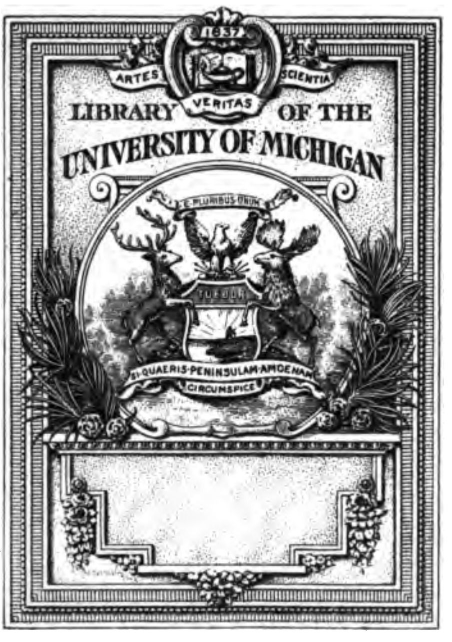
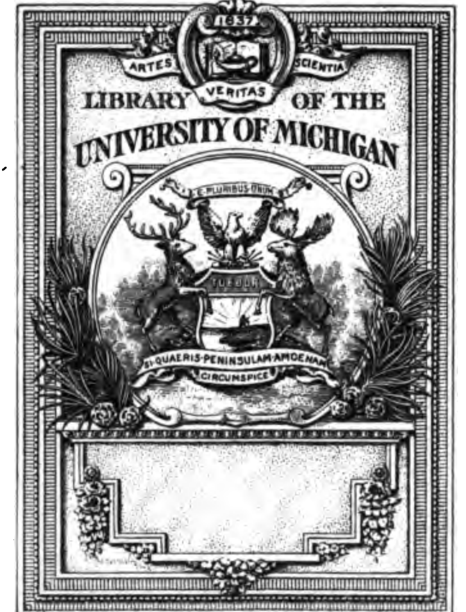




1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE




1837
ARTES
SCIENTIA
VERITAS
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI·QUAERIS·PENINSULAM·AMOENAM
CIRCUMSPICE


BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

TYPOGRAPHIE HENNUYER, RUE DU BOULEVARD, 7. BATIGNOLLES.
Boulevard extérieur de Paris.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE

RECUEIL PRATIQUE

PUBLIÉ

PAR LE DOCTEUR DEBOUT,

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR,
MÉDECIN HONORAIRE DES DISPENSAIRES,
MEMBRE DE LA SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE LA SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE,
RÉDACTEUR EN CHEF.

TOME CINQUANTE-QUATRIÈME.

PARIS

CHEZ LE RÉDACTEUR EN CHEF, ÉDITEUR,

RUE THÉRÈSE, N° 4.

—

1858

BULLETIN GÉNÉRAL

DE

THÉRAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Coup d'œil sur les travaux publiés pendant l'année 1857 par le *Bulletin de Thérapeutique.*

Quand on suit avec quelque attention le mouvement des sciences médicales, pendant un certain laps de temps, on ne peut pas ne pas être frappé de la vivacité de la lutte qu'ont à soutenir les vérités les plus simples, avant d'être acceptées par l'universalité des esprits. L'obscurité des problèmes que ces sciences ont à résoudre, obscurité qui enveloppe toutes les questions au fond desquelles se trouve la vie avec la mobilité de ses phénomènes et la nature mystérieuse de sa cause, l'obscurité de ces problèmes, disons-nous, explique en grande partie cette lutte, mais ne l'explique pas toute. Il faut, aujourd'hui surtout, pour se rendre compte de ce fait, faire intervenir une autre cause qui y concourt puissamment, nous voulons parler de ce scepticisme systématique, dont le vent souffle quelquefois des plus hautes régions de la science, et va exercer au loin son influence malsaine. L'an dernier, c'était l'utilité des exutoires permanents, dans un certain nombre de maladies chroniques, que l'on mettait en doute; et la tradition tout entière, expression incohérente de mille systèmes divers, mais expression nécessaire aussi d'une expérience séculaire, était effacée d'un trait de plume, avait perdu toute autorité; elle n'était qu'une longue illusion. Dans ces derniers temps, c'est à un autre ordre d'idées qu'on s'est attaqué; c'est l'expérimentation elle-même qui a combattu les résultats de l'expérimentation, et les admirables recherches de Charles Bell, et les observations précises, les inductions rigoureuses de M. Claude Bernard, et l'incontestable utilité des sections sous-cutanées, dans un certain nombre de traumatismes nettement définis; tout cela a été contesté, ou même nié

avec une intrépidité d'esprit, qu'on admirerait moins si l'on avait plus de goût pour la vérité que pour les joutes pompeuses de la parole. Que de ces luttes passionnées la vérité sorte souvent mieux affermie, que l'erreur non moins souvent s'y démasque et y perde son empire mensonger sur les esprits, c'est ce que l'on ne saurait nier; c'est même la morale que nous nous plaisons à faire sortir de ces luttes qui, de loin en loin, s'engagent dans nos sociétés savantes. Libéralement ouvert à toutes les opinions, le *Bulletin de Thérapeutique* soumet à ses lecteurs toutes les idées, tous les faits importants qui se produisent dans la science; mais il se réserve le droit de les juger, et de mettre en une plus vive lumière ce qui lui semble être une incontestable vérité. Cet éclectisme de bon sens est moins brillant peut-être qu'un dogmatisme tranchant, qui aspire à s'imposer à tous, mais il est plus conforme aux incertitudes de la science, à l'infirmité de l'esprit humain; il est surtout plus respectueux pour ceux qui nous font l'honneur de lire le journal que nous dirigeons, et dont il respecte l'indépendance. Après tout, qu'on le sache ou qu'on l'ignore, c'est là la logique des véritables praticiens; tous, ou presque tous font de l'éclectisme. « Iphicrate, général des Athéniens, « dit Bordeu, fut un jour vivement pressé par un orateur, sous les « yeux de l'aréopage.—Qui es-tu, disait le rhéteur, pour oser faire le « vain? Es-tu soldat, es-tu cavalier, es-tu capitaine, es-tu ingénieur, « es-tu espion, pionnier? — Je ne suis rien de tout cela, répondit « Iphicrate, mais je suis celui qui commande aux autres. » Si l'on demandait à un médecin de ceux dont il est question, poursuit Bordeu : Êtes-vous empirique? êtes-vous dogmatique? êtes-vous observateur, anatomiste, chimiste? Je ne suis rien de tout cela, répondrait-il, je suis de ceux qui jugent les autres. » Que les praticiens, que les véritables médecins ne laissent jamais périr ce droit entre leurs mains; ils ont un critérium infaillible pour juger les idées nouvelles qui se produisent tous les jours sur le terrain plantureux de la science, c'est leur commerce de tous les jours avec les faits, c'est une expérience quotidienne. Qu'ils s'appuient invariablement sur ce principe, et ils échapperont à l'avenir au danger, où quelques-uns se sont peut-être laissé autrefois entraîner par des doctrines excessives.

C'est en suivant nous-même cette ligne de conduite, dans la direction du *Bulletin général de Thérapeutique*, c'est en ne nous asservissant à aucun système, mais en acceptant libéralement toutes les idées vraies, tous les faits réels, de quelque source qu'ils viennent, que nous nous appliquons à imprimer à la pratique médicale

une marche sûre et éloignée de toute aventure. C'est tout à la fois pour justifier cette conduite, prudence de l'art, et pour marquer le mouvement de la science durant le cours de l'année qui vient de finir, que nous allons présenter un résumé succinct de nos travaux.

Toujours fidèle à la règle de conduite que nous nous sommes imposée, de n'ouvrir qu'avec discrétion le *Bulletin général de Thérapeutique* aux questions générales, nous n'avons pas cependant, durant cette année, comme dans les années précédentes, laissé que de toucher à quelqu'une de ces questions. Ainsi, une conviction qui se soumet chaque jour un plus grand nombre d'esprits indépendants, c'est que l'anatomie pathologique, si importants que soient les éléments qu'elle a introduits dans la science moderne, ne commande pas toute la médecine, et tend même, quand elle est mal interprétée, à restreindre d'une manière dangereuse la portée de l'art. Dans un article où l'on a étudié d'une manière tout abstraite la réaction qui s'accomplit au sein de la science dans ses rapports avec la thérapeutique, on s'est efforcé de démontrer qu'à côté de la lésion que le scalpel constate, il y a encore place pour certaines ressources thérapeutiques, qu'à un point de vue étroit on pourrait croire formellement contre-indiquées par l'existence de cette lésion. Non-seulement, dans un certain nombre de cas de ce genre, on peut agir sur l'ensemble de l'organisme, dans l'intérêt même de la persistance de la vie, mais cette lésion elle-même, inamovible peut-être, sans cette influence heureusement appliquée, peut s'atténuer et disparaître par le fait de cette opportune intervention de l'art. M. le professeur Forget, à son tour, abordant la même question, et la limitant à divers états de la vie nettement déterminés, les cachexies, a été naturellement conduit, en suivant le même principe, à formuler un certain nombre de règles propres à diriger sûrement le praticien dans les applications de l'art à ces états généraux de l'organisme vivant. Bien qu'aussi variées dans leur physionomie pathologique que dans leur nature probable, et dans les lésions anatomiques qui les caractérisent le plus nettement, toutes les cachexies n'en aboutissent pas moins à une défaillance radicale de l'organisme qui, à une heure ou une autre de leur durée, appelle impérieusement la médication et le régime reconstituants. Cette conclusion, de la part du savant professeur de clinique médicale de la Faculté de Strasbourg, est d'autant plus importante à rappeler ici, que M. Forget fait grand état du traumatisme local dans les maladies; et il faut que les enseignements de l'expérience sur ce point aient singulièrement frappé son esprit judicieux, pour qu'il n'ait point hésité à formuler

gnaler dernièrement encore un nouveau succès dans le concours de l'Académie impériale de médecine; et nous nous contenterons de marquer ici la place de ce travail intéressant.

Un travail que nous rappellerons également d'une manière expresse, et qui confine à celui de M. Max Simon par le côté pathologique, c'est celui de M. le docteur Durand-Fardel sur l'application des eaux minérales au traitement de la paralysie. Nous l'avouons, c'est avec un vif intérêt que nous suivons les recherches intéressantes auxquelles se livrent actuellement nos médecins hydrologues. Ce nom sonne mal, mais ce qui sonne bien, c'est la véritable ferveur avec laquelle ces savants collègues, qui ont eu le bonheur d'entrer dans la pratique médicale par la porte d'ivoire, s'appliquent à élucider les questions qui se posent à propos de la médecine thermale. M. Durand-Fardel se distingue incontestablement entre tous ses collègues dans cette lutte opiniâtre, et le travail dont nous parlons en ce moment montre qu'il n'est aucune question de cet ordre, dans laquelle il ne s'impose le devoir d'apporter son contingent d'observations. Dans l'opinion de ce médecin aussi sagace que zélé, certaines médications thermales peuvent être avantageusement opposées à la paralysie consécutive à l'hémorrhagie cérébrale. En faisant appel à toutes les sécrétions, en surexcitant ainsi, dans de justes limites, la vie parenchymateuse, la médication thermale tend à faire sortir le cerveau, la moelle épinière, et les nerfs qui en émanent, de l'état de torpeur où les a jetés le raptus apoplectique. Ce n'est plus même déjà là une simple spéculation de l'esprit; des faits authentiques, des observations bien faites ont démontré l'efficacité de cette médication. Tout n'est pas fait, tant s'en faut, dans cette direction; mais la question est posée, et avec l'ardeur de travail qu'apportent dans la poursuite de ce but nos savants confrères, nommément M. Durand-Fardel, nous croyons que sur ce point encore on peut faire crédit à l'avenir. *(La fin au prochain numéro.)*

De l'emploi du chlorate de potasse comme moyen préservatif et curatif de la stomatite mercurielle.

(Extrait du mémoire qui a remporté le prix Corvisart en 1857.)

> Certes, si l'on pouvait, par quelque moyen, se garantir de la douleur et des ulcères de la bouche, le traitement de la vérole ne serait guère plus fâcheux que celui de quelques autres maladies beaucoup moins considérables. (SYDENHAM, *Histoire et traitement du mal vénérien.*)

Lorsqu'en 1855 M. Herpin de Genève introduisit, pour la première fois, le chlorate de potasse dans le traitement de la stomatite

mercurielle, la thérapeutique n'était précisément pas dépourvue de moyens à opposer à cette affection.

Mais il s'en fallait bien que même les plus accrédités d'entre eux fussent doués d'une sûreté et d'une efficacité d'action dignes de toute confiance. Que dire, par exemple, des méthodes anciennes employées, soit comme traitement préservatif, soit comme traitement curatif des accidents mercuriels ? Tous les moyens généraux se résumaient à peu près dans la médication révulsive ou dérivative, et tous, après avoir joui d'une plus ou moins grande vogue, ont successivement été abandonnés ; ainsi ; les bains chauds, les frictions sèches, les saignées, les purgatifs, les diurétiques, les sudorifiques, etc., etc. Mais à part ces méthodes générales, d'autres moyens préservatifs des accidents mercuriels avaient été tentés dès l'introduction du mercure dans la thérapeutique de l'affection syphilitique ; tel le camphre, préconisé par Mathiole (*De morbo gallico*, 1535), puis par Raulin, Raisin, Cordet, Tilloly (Gmelin, Append., t. VIII, p. 38) ; tel le soufre, soit seul (Hunter), soit combiné : soufre doré d'antimoine, sulfure de chaux ammoniacal (Pihorel); tels enfin l'opium à haute dose, les martiaux, le quinquina, la scammonée. Or, si tous ces moyens n'étaient pas justement abandonnés, peut-être suffirait-il, pour les faire proscrire, du jugement qu'ont porté sur eux deux hommes si compétents en pareille matière, Astruc et Swédiaur. Selon ces auteurs, en effet, ces moyens n'empêchent en aucune façon la salivation mercurielle (Gmelin, *loc. cit.*, p. 39).

Que nous reste-t-il donc aujourd'hui comme moyens préservatifs ou curatifs de la salivation mercurielle patronnés par de grandes autorités et consacrés par l'expérience ? L'acide chlorhydrique fumant préconisé par M. Ricord ; l'alun en poudre par M. Velpeau. Or, ni l'un ni l'autre, quelle que puisse être d'ailleurs leur utilité, et on ne peut la nier, ne sont doués d'une action préventive certaine. De plus le premier présente dans son application des difficultés et des inconvénients qui souvent même sont un danger pour le tissu dentaire, et d'ailleurs les avantages de l'un et de l'autre ne sauraient supporter le parallèle avec ceux du chlorate de potasse, ainsi que cela sera démontré par la suite.

Ce que nous venons de dire de la médication préventive peut s'appliquer au traitement curatif des accidents mercuriels, car, dans la pratique actuelle, c'est aux mêmes agents thérapeutiques que l'on a recours dans les deux cas. Toujours est-il que Hecker n'a pas réussi à inspirer aux autres la confiance presque absolue qu'il accorde aux pastilles de soufre, moyen, dit-il, sur lequel on peut tou-

jours compter. On peut voir comment s'expriment, à ce sujet, MM. Trousseau et Pidoux, dans leur Traité de thérapeutique, t. II, p. 262, et les conclusions peu favorables qu'ils tirent et de leurs expériences et de celles de M. Cullerier, relativement aux susdites pastilles.

Les collutoires boratés et alumineux ont sans doute une efficacité moins contestable dans les cas simples et tout au début de la salivation; mais dans les stomatites mercurielles bien confirmées et intenses, leur action, si elle n'est pas entièrement impuissante, se produit avec une telle lenteur qu'on ne sait pas en vérité si c'est à elle, ou à la simple cessation du médicament pathogénique, qu'il faut attribuer la cessation des accidents provoqués. En tous cas, ils ne sauraient lutter avec les progrès de ceux-ci pendant la continuation du traitement mercuriel. D'ailleurs M. Ricord leur préfère de beaucoup, et avec juste raison, l'acide chlorhydrique concentré et fumant. Mais, à part les inconvénients qui s'attachent à l'administration de ce médicament et dont nous avons déjà parlé, à savoir : danger de compromettre le tissu dentaire, impossibilité d'en faire l'application à toutes les parties envahies par l'inflammation mercurielle, etc., comment ne pas reconnaître la supériorité du composé dont nous faisons l'étude, lorsque nous verrons M. Ricord lui-même consacrer son efficacité comme moyen préservatif ou prophylactique par le témoignage si puissant, en pareille matière, de son observation et de son expérience? Au surplus, c'est aux faits cliniques eux-mêmes qu'il appartient de prononcer, et c'est pourquoi nous avons hâte d'y arriver.

Mais, afin de mieux faire ressortir ce que nos propres observations renferment de nouveau ou de simplement confirmatif des résultats déjà publiés, il est nécessaire de jeter sur ces derniers un coup d'œil, qui sera d'ailleurs le plus rapide possible.

Les premiers essais de M. Herpin eurent de tels résultats que cet auteur se crut autorisé à écrire les lignes suivantes : « Le succès dépasse mon attente, et dès lors je n'ai pas cessé de l'employer (le chlorate de potasse) sans autre adjuvant que des moyens de propreté, dans tous les cas qui se sont présentés à moi. Je ne crois pas qu'il m'ait jamais fait défaut. » (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XLVIII, p. 26.)

Cette assertion eût pu être prématurée sans doute, basée qu'elle était sur un assez petit nombre de faits; mais émanée d'un tel observateur, elle devait inspirer les plus grandes espérances. Or, hâtons-nous de le dire, ces espérances n'ont pas été trompées. Bien-

tôt M. Blache publia dans le même recueil (t. XLVIII, p. 124) une observation qui confirmait entièrement les résultats proclamés par M. Herpin. En trois jours, une stomatite mercurielle bien confirmée (salivation, gonflement des gencives, fétidité de l'haleine), déterminée chez un enfant par les onctions mercurielles à l'extérieur, et l'administration du calomel à l'intérieur, fut enlevée par le chlorate de potasse en potion, à la dose de 3 grammes par jour. De plus, l'angine couenneuse dont le jeune malade était atteint, rebelle jusqu'alors au traitement énergique que nous venons de dire, « entra franchement en voie de guérison en même temps que la stomatite. » Ce dernier incident était, pour le dire en passant, la source d'une nouvelle indication que M. Blache, et son élève, M. Isambert, ne devaient pas tarder à réaliser. Mais ce qu'il importe surtout de noter ici, c'est que trois jours et une très-faible dose de chlorate ont suffi pour triompher d'une stomatite mercurielle bien caractérisée. Cependant, dans un fait rapporté par M. Herpin, cas dans lequel les accidents étaient bien moins prononcés, puisque tout se réduisait chez son jeune malade (six ans) « à un léger bourrelet gengival avec odeur, sans rougeur, ni salivation. » Ce n'est que le cinquième jour de traitement par le chlorate que l'affection a définitivement cédé. Le médicament, administré d'abord à la dose de 2 grammes en vingt-quatre heures, le fut ensuite à celle de 4 grammes le deuxième jour. A cette époque, loin de présenter déjà une amélioration comme dans le cas de M. Blache, la maladie avait continué à faire des progrès. Chez l'adulte, la guérison est généralement plus tardive, quoique tout aussi réelle: c'est ce que démontrent clairement les observations de M. Demarquay, celles de M. Bergeron et les nôtres. Ainsi, dans l'un des deux cas publiés par M. Bergeron, le plus grave, la durée du traitement a été de onze jours. Dans les six observations de M. Demarquay, bien qu'on ait pu généralement observer une notable amélioration dès le deuxième ou troisième jour, cependant la disparition complète des accidents ne s'est guère manifestée que le huitième jour au maximum, le cinquième au minimum (Demarquay, *Bull. de Thérap.*, t. XLVIII, p. 43; Bergeron, *id.*, t. LI, p. 37).

M. Aran a été moins heureux, et par deux fois un résultat négatif a répondu à son appel au chlorate de potasse dans la stomatite mercurielle (*Bull. de Thérap.*, *loc. cit.*). De même entre les mains de M. Debout, et dans de semblables circonstances, ce médicament paraît n'avoir agi que difficilement et à des doses plus élevées que celles employées par les précédents observateurs (*Bull. de Thérap.*). D'après une communication verbale faite à M. Isambert, MM. Gu-

bler et A. Richard auraient, au contraire, obtenu un succès complet. Quels ont été le degré d'intensité de l'affection, la durée du traitement, les doses et la forme du médicament, c'est ce que nous ignorons, les faits de ces deux observateurs n'ayant pas reçu de publicité.

Les essais de M. Lasègue, sous forme de gargarismes et de collutoires, dans des cas de stomatite mercurielle et de quelques affections scorbutiques des gencives, ne nous sont également connus que par voie de communication orale faite à M. Isambert. Une notable amélioration aurait été obtenue. Nous regrettons que ces faits, dans lesquels M. Lasègue a usé du chlorate en application topique, ne soient pas rapportés dans tous leurs détails afin de les pouvoir mettre en parallèle avec ceux que nous aurons à produire nous-même.

Enfin M. Isambert, à son tour, rapporte dans son travail deux observations de stomatite mercurielle, incidemment développée chez des enfants traités par le calomel. Ces observations nous intéressent d'autant plus que M. Isambert est le seul, à notre connaissance (¹), qui ait prêté toute son attention aux modifications successives et locales imprimées par l'agent thérapeutique aux parties affectées.

Dans le premier cas, cas assez grave (chez un enfant de onze ans) et dans lequel, en même temps que la salivation et un gonflement de gencives, etc., existent des ulcérations de la muqueuse labiale et gengivale, le chlorate est administré en potion, à la dose de 4 grammes par jour. Or, ce n'est que le onzième jour que toute trace de la maladie disparaît. Mais, dès le deuxième jour, un changement de coloration s'est produit sur la muqueuse, et il n'y a plus de gonflement. Dès le troisième, toute salivation a cessé. De tous ces phénomènes, l'ulcération du bord gengival est celui qui persiste le plus longtemps.

Dans la deuxième observation, où il s'agit d'un enfant de trois ans, chez lequel la stomatite s'est déclarée à peu près dans les mêmes conditions que chez le précédent, nous notons que la guérison définitive n'a lieu que le neuvième jour ; que le quatrième seulement les gencives sont devenues roses ; le cinquième, elles sont d'un très-beau rose, et pourtant le lendemain « gencives toujours pâles, » dit M. Isambert. Est-ce une erreur involontaire, née sous la plume, ou bien est-ce une contradiction réelle ? Peut-être pourrait-elle trouver une explication dans une diminution de la dose du médicament qui,

(¹) Nous exceptons aujourd'hui M. A. Fournier, dont le travail (Leçons sur le chancre) n'a paru que postérieurement à la confection du nôtre.

portée à 4 grammes au début, fut ensuite réduite à 2 (*Bulletin de Thérapeutique*, t. L, p. 435, 488, 543).

Quoi qu'il en soit, si nous insistons là-dessus, ce n'est pas, qu'on veuille bien le croire, pour le plaisir de nous montrer frondeur ou méticuleux; c'est uniquement parce que M. Isambert est amené à tirer des faits précédents, sur la marche des modifications successives survenues dans l'état local des parties, des conclusions qui sont en contradiction avec celles qui paraissent découler de nos propres observations. « Ainsi, dit M. Isambert, je note comme un des premiers signes de l'amélioration produite par le chlorate de potasse le retour rapide des gencives à la teinte rose normale. » (*Loc. cit.*) De plus, nous lui avons vu signaler plus haut la disparition du gonflement, dès le deuxième jour du traitement. Sans doute il s'opère rapidement une modification réelle et saisissable dans l'aspect du tissu gengival. Mais, dans les stomatites mercurielles bien confirmées, nous n'avons jamais vu cette modification être si considérable ou progresser à tel point qu'elle constituât le premier et le plus remarquable changement de l'état pathologique local. Presque constamment nous avons vu la disparition de la salivation et de la douleur précéder les autres modifications amenées par le médicament, et loin que, dans nos observations, le tissu gengival ait perdu sa coloration morbide aussi promptement que le proclame M. Isambert, celle-ci a été, dans la plupart des cas, d'une persistance aussi grande que l'ulcération du bord gengival et le gonflement, et nous les avons vus exister encore, quoique modifiés, après la cessation définitive de tous les autres accidents, alors même que la guérison pouvait être regardée comme définitive.

Est-ce que les choses se passeraient différemment chez l'enfant et chez l'adulte?

Quoi qu'il en soit, nous pouvons affirmer que telle est, chez ce dernier, la marche des modifications imprimées à l'affection par le chlorate de potasse, et l'on verra bientôt que ce n'est point là un détail stérile d'observation, car il a été pour nous la source d'une nouvelle indication que paraît très-bien remplir le même médicament, mais à la condition d'être administré sous une forme autre que celle qui a été généralement employée dans la maladie qui nous occupe.

Jusqu'ici nous avons vu tous les observateurs poursuivre, dans leurs essais du chlorate de potasse, un but unique, à savoir: son action curative. A ce même but concourent les faits venus plus tard de MM. Mazade, d'Anduze (*Bullet. de Thérapeutique*, 1856, t. L,

p. 337), Vénot, de Bordeaux (même recueil, 1856, t. LI, p. 88); etc.

Mais avec M. Ricord commence pour ainsi dire une nouvelle ère dans l'étude de ce médicament. M. Ricord, en effet, profitant de sa position exceptionnelle et si favorable dans un service spécial, a expérimenté le chlorate de potasse à un point de vue qui n'avait pas encore été exploré avant lui ; il l'a étudié comme moyen préservatif ou prophylactique de la salivation mercurielle. De ses observations très-ingénieusement dirigées, et dont le résumé se trouve consigné encore dans ce recueil (*Bull. de Thérap.*, t. LI, p. 180), il résulte que « le chlorate de potasse ne serait pas seulement puissant à dominer l'influence pathogénique du mercure, alors qu'elle s'est traduite sur la muqueuse buccale par les symptômes d'une irritation plus ou moins vive, il suffirait encore à prévenir les manifestations ou, si l'effet ptyalique s'est déjà produit, à en empêcher le retour. » Déjà, avant de connaître le travail de M. Ricord, nous poursuivions dans le même sens que lui plusieurs observations que l'on trouvera relatées plus loin. Non-seulement elles confirment de tous points les résultats obtenus par l'éminent chirurgien de l'hôpital du Midi, mais peut-être sont-elles encore plus démonstratives, si c'est possible, grâce à certaines conditions dans lesquelles elles ont été réalisées.

Avant de les aborder, nous résumerons dans quelques propositions les conclusions générales qui nous paraissent pouvoir être légitimement déduites des travaux que nous venons de passer en revue :

1° Le chlorate de potasse a exercé une action curative sur la stomatite mercurielle, quelle qu'en ait été l'intensité, entre les mains de la plupart des médecins qui l'ont invoquée.

(M. Aran est jusqu'ici le seul observateur dont les tentatives, au nombre de deux, n'aient pas été couronnées de succès.)

2° Les doses employées n'ont pas dépassé 2 grammes au minimum, 6 grammes au maximum (Dr Mazade); en général, 4 grammes.

(M. le docteur Debout est le seul qui ait dû faire appel à des doses plus élevées pour arriver à un résultat efficace.)

3° C'est généralement en potion que ce médicament a été administré, et par conséquent à l'intérieur.

M. Ricord l'a quelquefois administré sous forme pilulaire.

(Son usage en gargarismes et en collutoires par M. Lasègue n'est point sanctionné par des faits publiés.)

4° La durée du traitement a été de trois jours au minimum (enfants, MM. Herpin, Blache); il a été de quinze jours au maximum

(M. Vénot). — Le plus généralement, c'est du huitième au onzième jour que tous les accidents ont cessé (MM. Demarquay, Bergeron, Mazade, Isambert).

5° Dans presque tous les cas, les premières modifications se sont manifestées du deuxième au troisième jour. D'après M. le docteur Isambert, la série de ces modifications serait la suivante : — changement de coloration ; — diminution de la douleur, de la tuméfaction des gencives, de la salivation ; — disparition de l'ulcération.

6° Non-seulement la stomatite mercurielle, une fois déclarée et confirmée, est guérie par le chlorate de potasse, mais encore elle est prévenue et empêchée par ce médicament, simultanément administré avec le mercure (M. Ricord);

7° Aucun des auteurs précités n'a mentionné le moindre accident produit par le chlorate de potasse.

Dans nos essais, nous avons suivi deux voies d'expérimentation, tant quant au but que nous nous proposions d'atteindre que quant au mode d'administration du médicament.

1° Quant au but : étude de l'action curative du chlorate de potasse; étude de son action préventive ou prophylactique;

2° Quant au mode d'administration : usage interne du médicament en solution; usage externe ou en gargarismes.

Nous ferons d'abord l'analyse des cas de stomatite mercurielle confirmée, en allant des plus simples aux plus intenses (¹).

Obs. I. *Syphilis.— Accidents consécutifs. — Traitement par le proto-iodure de mercure. — Stomatite mercurielle (cas moyen). — Chlorate de potasse en solution. — Guérison en quatre jours.*—La nommée Tricher, vingt ans, bonne; n° 2, salle Sainte-Madeleine (Charité), entrée le 27 janvier 1857.

Le chlorate de potasse est d'abord administré à cette malade dans le but de combattre une stomatite ulcéro-membraneuse. Sous l'influence de ce médicament, les produits pseudo-membraneux ne tardent pas à disparaître (²); mais la persistance des ulcérations, quelques antécédents suspects, etc., portent à penser que l'on pourrait bien avoir affaire à des accidents syphilitiques secondaires, présomption que le traitement mercuriel ne tarde pas à confirmer. En conséquence, une, deux, trois pilules de proto-iodure de mercure (de 5 centigrammes chacune) ont été successivement administrées par jour, à partir du 7 février.

Le 21, commencement de salivation.

Le 25, stomatite mercurielle confirmée avec les symptômes suivants : salivation assez abondante et gênante. La malade souffre dans toute la bouche, particulièrement aux arcades gengivales. La langue aussi est douloureuse, mais ne présente point de tuméfaction appréciable; tissu gengival boursouflé, comme

(¹) Nous abrégerons, autant que possible, l'examen des faits qui vont suivre, renvoyant à notre mémoire, déposé aux archives de l'École, ceux qui désireront les lire dans tous leurs détails.

(²) Cette observation sera reprise ailleurs à son point de vue.

fongueux, avec liséré grisâtre vers la sertissure; un peu de fétidité de l'haleine; pas de tuméfaction ganglionnaire; pas de douleur à l'angle des maxillaires, pas d'ulcération.

Prescription.— Chlorate de potasse, 5 grammes, en solution dans 125 grammes de véhicule; suppression des pilules de proto-iodure.

Le 26, moins de douleur aux gencives et dans toute la bouche; même salivation. Même prescription.

Le 27, douleur encore moindre qu'hier, tendant à disparaître; salivation sensiblement moins abondante. Chlorate de potasse, 10 grammes [1].

Le 28, presque plus de douleur; diminution très-notable de la tuméfaction des gencives; meilleur aspect de celles-ci; salivation en grande partie réduite. — Chlorate de potasse, 10 grammes.

Le 1er mars, salivation éteinte; plus de douleur; plus de tuméfaction. L'état fongueux du tissu gengival persiste, ainsi qu'un peu de pyorrhée alvéolo-dentaire; on dirige alors contre eux avec succès un gargarisme au chlorate de potasse. (Nous y reviendrons à l'article *alvéolo-dentaire*.)

Obs. II. *Syphilis. — Accidents consécutifs. — Traitement mercuriel. — Stomatite mercurielle (cas léger). — Chlorate de potasse en potion. — Guérison en quatre jours.* — La nommée G..., Joséphine, cigarière, couchée au n° 7 de la salle Sainte-Madeleine, entrée le 18 mai 1857.

Pas d'antécédents syphilitiques avoués, cependant douleurs vagues nocturnes, à la tête et aux membres inférieurs; point d'exostoses aux endroits d'élection. Rien d'appréciable aux organes génitaux, mais éruption suspecte à la région frontale (*corona Veneris*); ganglions cervicaux sensiblement tuméfiés et douloureux; bouche saine.

A partir du 27 mai, pilules de proto-iodure (de 5 centigrammes); successivement une, deux, trois, quatre par jour.

Le 1er juin, salivation confirmée, quoique peu abondante; gencives douloureuses, enflammées, tuméfiées; petit liséré ulcéré à la sertissure des dents inférieures; haleine d'une fétidité perceptible et caractéristique; point de tuméfaction linguale; point de gonflement sous-maxillaire ni parotidien; mastication très-possible.

Prescription. — Julep gommeux avec addition de 4 grammes de chlorate de potasse; suppression des pilules de proto-iodure.

Pris régulièrement tous les jours, et en une seule fois, le chlorate n'a déterminé aucun accident. Les douleurs gengivales d'abord, puis la salivation, enfin la tuméfaction des gencives et la petite ulcération rubanée de l'arcade inférieure ont successivement disparu; et le 5 juin, quatrième jour, tout est redevenu normal. La malade demande son *exeat*.

Ainsi qu'on le voit, la disparition des accidents mercuriels a été encore rapide dans ces deux cas. Il est vrai que, dans le premier, la dose a été, dès le troisième jour, portée à 10 grammes; nous en avons dit plus haut le motif. C'est d'ailleurs le seul fait dans lequel nous ayons fait usage d'une dose aussi élevée. Nous sommes persuadé qu'elle n'était pas nécessaire à la guérison, mais celle-ci eût-

---

[1] Le chlorate était en même temps dirigé contre une bronchite générale dont se trouvait alors atteinte la malade. C'est pourquoi la dose a été doublée.

elle été aussi rapide ? On pourra trouver une réponse à cette question dans les faits subséquents.

Du reste, les deux que nous venons de rapporter ne sont pas les seuls que nous ayons à offrir comme exemple d'une guérison rapide. En voici un plus remarquable peut-être, à cause de la faible dose à laquelle le médicament a été administré.

Obs. III. *Syphilis.—Accidents secondaires (roséole).— Traitement mercuriel. — Stomatite mercurielle (cas moyen).—Chlorate de potasse en potion.—Guérison.* — Le nommé Fabre, commis négociant, trente et un ans ; n° 19, salle Saint-Jean-de-Dieu ; entré le 7 mars 1857.

Venu à l'hôpital pour une pleurésie chronique dont on s'occupe tout d'abord, le malade présente, en outre, des accidents syphilitiques secondaires, entre autres une belle roséole occupant les avant-bras, le cou et les régions scapulaires postérieures. On commence le 20 mars à traiter ces accidents, et nous administrons nous-même deux pilules (de 5 centigrammes chacune) de proto-iodure de mercure par jour. Ce n'est que le 22 avril que se manifestent les symptômes d'une stomatite mercurielle confirmée, à savoir :

Douleurs aux gencives, lesquelles sont décolorées, livides, mollasses, comme fongueuses, principalement à l'arcade inférieure. La douleur se propage dans toute l'étendue des arcades dentaires et se fait sentir aussi à l'angle des mâchoires, dans les mouvements de mastication. La muqueuse de la face interne des lèvres présente la même décoloration que la muqueuse gengivale à laquelle elle fait suite ; la langue est saburrale, mais n'offre pas de tuméfaction notable. Salivation très-appréciable, et provoquant des crachements auxquels le malade n'était point habitué ; un peu de fétidité de l'haleine, caractéristique ; point d'ulcération, point de tuméfaction ganglionnaire.

Prescription.—Julep gommeux, avec addition de chlorate de potasse, 2 grammes. Suppression des pilules de proto-iodure.

Le 23, sur une fausse modification, le malade se sert du julep comme d'un gargarisme ; pas de changement notable dans l'état des choses. *Idem*, chlorate de potasse, 2 grammes.

Le 24, le julep a été bien pris cette fois ; douleur moindre pendant la mastication. L'état local ne paraît pas sensiblement modifié. *Idem.*

Le 25, changement évident dans l'aspect des muqueuses gengivale et labiale interne. Leur coloration uniformément pâle et grisâtre a fait place à une teinte légèrement rosée. Le malade certifie ne plus éprouver, en mangeant, de douleur dans les arcades dentaires ; presque plus de salivation. Même prescription.

Le 27 (4e jour), le tissu gengival a repris sa coloration et sa consistance normales ; il est détuméfié. Le malade n'est plus tourmenté par la salive et ne crachotte plus. Pour nous faire sentir la réalité de l'amélioration qu'il éprouve, le malade, d'ailleurs très-intelligent, nous fait voir qu'il tient une boule de gomme serrée entre ses dents, sans éprouver la moindre douleur.

Le 28, *exeat* ; guéri complétement de sa gengivite mercurielle ; conservant à peine des traces de sa roséole.

Obs. IV. *Epididymite blennorrhagique. — Frictions mercurielles. — Stomatite mercurielle (cas léger). — Traitement par le chlorate de potasse (usage interne). — Guérison en trois jours.* — Blaizot (Auguste), vingt ans, glacier, couché au n° 11 de la salle Saint-Jean-de-Dieu, entré le 18 juillet 1857.

Le 20 juillet, commencement des frictions (deux fois par jour) avec l'onguent mercuriel.

Le 28, le malade se plaint pour la première fois de douleurs à la bouche. L'examen des parties ne révèle rien de notable ; pas de salivation confirmée.

Les frictions sont continuées (forte induration de l'épididyme gauche).

Le 29, douleurs plus vives aux gencives et à la gorge. Aujourd'hui il est facile de constater que les gencives sont sensiblement tuméfiées, surtout à l'arcade inférieure ; que leur tissu est un peu décoloré et parsemé de plaques livides, sans ulcération. Pareille coloration morbide se voit à la surface de la muqueuse labiale interne.

En même temps, légère tuméfaction des amygdales, lesquelles sont très-rouges, ainsi que la muqueuse ambiante, et parsemées de quelques points blancs, pultacés.

L'haleine du malade répand l'odeur fétide mercurielle, caractéristique ; enfin il existe une légère augmentation de l'excrétion salivaire se manifestant par un sentiment de gêne dans la bouche et une expuition fréquente.

Prescription. — Julep gommeux avec chlorate de potasse, 5 grammes. Les frictions sont suspendues.

Le 31, toute douleur a disparu, ainsi que la salivation. Il ne reste qu'un peu de tuméfaction et de coloration anormale du tissu gengival. (Même prescription.)

Le 2 août. Tout est normal.

Le cas qui va suivre est le plus intense et le plus grave que nous ayons observé.

Obs. V. *Syphilis. — Accidents consécutifs. — Traitement mercuriel (proto-iodure). — Stomatite mercurielle très-intense. — Chlorate de potasse (usage interne et externe). — Guérison le septième jour, confirmée et définitive le quatorzième.* — La nommée V... (Apolline), vingt-huit ans, piqueuse de bottines ; entrée le 22 mai 1857, n° 14, salle Sainte-Madeleine.

Céphalée intense ; douleurs péri-articulaires ; traces de roséole ancienne ; *corona Veneris* ; mal de gorge (muqueuse pharyngienne très-rouge, semée de points granuleux abondants) ; point d'ulcérations.

Le 25 mai, on prescrit deux pilules de proto-iodure de mercure de 5 centigrammes, à prendre une le matin, une le soir.

Le 29, point d'accidents. Trois pilules.

Le 30, la malade commence à se plaindre de douleurs vagues dans les gencives ; cependant point de tuméfaction, point de salivation. *Idem*, trois pilules.

Le 31, gencives plus douloureuses, présentant une tuméfaction réelle ; petites marbrures à la surface de l'arcade gengivale inférieure et de la muqueuse labiale interne. Point de salivation confirmée. *Idem*, trois pilules.

Le 1er juin, les accidents mercuriels, imminents les deux derniers jours, ont fait de rapides progrès depuis hier. En effet, douleur intense des gencives, tissu gengival tuméfié, comme boursouflé, mollasse et décoloré vers la sertissure où se dessine un liséré grisâtre, semé de petits points bruns ou livides ; salive coulant en abondance ; fétidité mercurielle caractéristique de l'haleine, se révélant à distance ; langue douloureuse, non sensiblement tuméfiée, recouverte à son centre d'un épais enduit grisâtre. La douleur de gorge est augmentée ; toute la région sous-maxillaire est très-douloureuse à la pression. Le point maximum est à l'angle des maxillaires ; ouverture de la bouche douloureuse et difficile ; céphalalgie intense ; inappétence.

Prescription. — Suppression des pilules de proto-iodure; julep gommeux, avec addition de chlorate de potasse, 4 grammes. Bouillons.

Le 2, par méprise, la moitié du julep a été employée en gargarisme.

Tuméfaction assez considérable des régions parotidienne et sous-maxillaire. Toutes les parties tuméfiées sont très-douloureuses à la pression; la malade peut à peine entr'ouvrir la bouche, et il nous est impossible d'explorer la gorge dont elle se plaint beaucoup. Gencives très-douloureuses, molles (surtout les inférieures), très-tuméfiées, décolorées et livides par place, comme marbrées. La salive, de plus en plus abondante, occasionne une grande gêne par les difficultés de rejet et de déglutition que provoque la douleur. Langue un peu tuméfiée, saburrale, douloureuse. Même prescription.

Le 3; cette fois le julep a été bien pris, moitié le matin, moitié le soir. Pas de changement notable; pas d'aggravation. *Idem.*

Le 4, douleurs plus fortes, au dire de la malade; cependant l'haleine a beaucoup perdu de sa fétidité; les gencives sont moins tuméfiées et ont un aspect plus louable; l'ouverture de la bouche s'effectue mieux et avec moins de douleur; enfin la salivation est moins abondante et occasionne moins de gêne. *Idem.*

Le 5, mieux évident. Ouverture de la bouche et déglutition s'effectuant sans douleur; plus de gonflement à l'angle du maxillaire droit; très-diminué à gauche. Presque plus de céphalalgie; gencives moins douloureuses. L'haleine ne conserve que des traces insignifiantes de fétidité. La malade avale très-bien un bouillon sous nos yeux. Même prescription.

Le 6; légère recrudescence depuis hier; la malade ne sait à quoi l'attribuer; elle a bien pris sa potion. La salivation a repris de l'abondance; les gencives sont plus douloureuses, et la pression détermine une vive douleur dans toute la région sous-maxillaire; céphalalgie; cependant elle prend sous nos yeux, sans trop de douleur, un bouillon et un potage, mais il lui est impossible de soumettre un biscuit à la mastication. Même prescription.

Le 7, mieux. Salivation très-modérée. Il n'existe plus de la douleur qu'au fond de la cavité buccale, à droite, où se trouve une dent molaire profondément cariée et recouverte d'un enduit pultacé (Voir l'observation détaillée). Appétit; une portion; le reste *ut suprà.*

Le 8, pas de douleur spontanée; mais la mastication des aliments solides provoque encore une douleur assez intense dans les arcades dentaires et à l'angle des maxillaires, où toute tuméfaction a d'ailleurs disparu. Hier, la malade n'a pu manger son pain; les gencives, encore tuméfiées, sont rouges et plus consistantes; encore quelques marbrures à leur surface. Langue nettoyée, non douloureuse; plus de céphalalgie. Julep avec chlorate de potasse, 6 grammes. Le reste *ut suprà.*

Le 9, toute salivation a disparu. Douleur seulement au niveau de la dent cariée. *Idem.*

Le 10, à part un peu de tuméfaction et quelques taches livides qui persistent à la surface des gencives, tout va bien; pas de douleur. La malade mange, sous nos yeux, avec la plus grande facilité.

Le chlorate est continué par prudence.

Le 15, plus de chlorate à l'intérieur; cependant une tuméfaction très-appréciable persiste encore aux gencives. Pensant que cet accident pourrait peut-être céder plus tôt à l'action directement topique du chlorate, nous le prescrivons en gargarisme, comme suit :

Gargarisme avec 8 grammes de chlorate de potasse pour 250 grammes d'eau.

Nous recommandons à la malade de frotter ses gencives avec la pulpe de l'index, avant de rejeter le liquide.

Le 20, les gencives sont affaissées ; elles ont repris leur volume et leur aspect normaux. Le gargarisme est supprimé. Notons enfin que, sous l'influence du traitement mercuriel, les accidents syphilitiques ont totalement disparu.

Le 29 juin, la malade a quitté l'hôpital en parfait état de santé.

Voilà, assurément, un cas de stomatite mercurielle des mieux conditionnés, et il nous paraît des plus probants pour l'efficacité du chlorate de potasse dans cette affection. Lorsque la dose du médicament a été élevée à 6 grammes, un amendement très-notable existait déjà dans les symptômes. On ne peut néanmoins s'empêcher d'attribuer à cette augmentation une grande part dans la rapidité de leur disparition définitive.

Cette observation nous offre surtout un exemple de la ténacité de certaines modifications imprimées à l'aspect du tissu gengival par l'état pathologique, tels que gonflement, changement de coloration, etc.

L'adjonction d'un gargarisme a fait promptement justice des restes de l'affection. Ne semble-t-il pas résulter de ce dernier fait que l'action topique du chlorate a plus immédiatement prise sur les accidents purement locaux, tuméfaction du tissu gengival, coloration morbide, etc. La seconde partie de l'observation VII (ci-après) viendra, nous l'espérons, à l'appui de cette assertion.

(La fin prochainement.) J.-V. LABORDE.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Considérations pratiques sur l'emploi de l'uva ursi, considéré spécialement comme agent obstétrical.

Par le docteur DE BEAUVAIS, chef de clinique de la Faculté.

Depuis quelques années, la thérapeutique des organes génito-urinaires s'est enrichie de nouveaux agents d'autant plus précieux que leurs propriétés physiologiques sont tout à fait opposées ; ce qui permet, chose heureuse, de remplir des indications multiples et complétement différentes. Il en est ainsi de la belladone préconisée par M. Trousseau contre le spasme du col de la vessie, qui amène si fréquemment à sa suite l'incontinence nocturne de l'urine chez les enfants. Ainsi de la digitale qui, selon M. Piedagnel (*Bulletin de Thérapeutique*, 1840, page 32, tome XVIII), possède comme agent purement local la propriété singulière de calmer d'abord, puis de faire cesser les contractions ou douleurs utérines pendant la gros-

sesse; le spasme du col de l'utérus avec douleurs de reins, pendant l'accouchement; voire même les tranchées, si fatigantes, après la délivrance complète. Ainsi du lupulin qui, selon M. Debout (1853, *Bull. de Thérapeut.*, t. LXIV), s'adresse à l'éréthisme génital morbide, combat victorieusement les érections actives et les pertes séminales consécutives. Ainsi encore de la digitaline, employée avec succès par M. Lucien Corvisart, contre les spermatorrhées par atonie des organes génitaux, contre la torpeur, la faiblesse avec irritabilité du système génital chez les onanistes épuisés par les pollutions nocturnes. Enfin, notons avec M. Bouchardat (Mat. méd., p. 304) que le sulfure de carbone, employé par M. le professeur Vutzer, de Bonn, comme emménagogue à l'intérieur, a la propriété remarquable, lorsqu'on le projette, à la dose de quelques gouttes, à d'assez longs intervalles sur l'abdomen d'une femme en travail, de réveiller les contractions de la matrice, alors même que le seigle ergoté a échoué.

Quoi qu'il en soit, comme excitant propre et spécial des contractions utérines, on ne connaît guère en France que l'ergot de seigle; mais en Hollande, en Allemagne et en Angleterre, le sous-borate de soude est administré comme l'ergot. Le docteur Copland citait dernièrement un fait de ce genre : appelé près d'une femme prise de métrorrhagies répétées, dues à un polype dépassant le col utérin, il administra le borax à haute dose, dans le but de solliciter des contractions utérines, capables d'expulser cette tumeur. Le résultat désiré fut obtenu au bout de trois jours ; une seconde tumeur étant venue à sortir du col, elle fut expulsée par le même moyen, sans récidive. Ces deux agents, quoique doués de la même action, présentent cependant une différence dans leurs indications. Le borax est préférable quand la femme est en proie à une exaltation de la sensibilité, qu'il y a un état spasmodique, des crampes, des douleurs, ou bien quand il y a des symptômes gastriques, dyspepsie, acidité des premières voies, état bilieux.

Le seigle ergoté réussit mieux chez les personnes molles, leucophlegmatiques, à fibres relâchées, quand la femme est profondément épuisée, physiquement et moralement. Quand les douleurs sont très-vives, insupportables, une addition d'éther au seigle est le meilleur calmant. Il est probable que le chloroforme rendrait le même service, car c'est la propriété anesthésique de ces agents que l'on doit rechercher. M. Sprengler préfère l'infusion préparée avec 2 à 4 grammes sur 100 grammes de liquide. On ajoute environ de 1 à 2 grammes d'éther; et on administre une cuillerée tous les quarts

d'heure. S'il existe un état gastrique, de la constipation, l'huile de ricin suffit pour ramener les contractions utérines. Telle est la pratique allemande (Monat. F., Geburts-Frauenkrank.).

Hufeland (Journal d'Hufeland); Lobstein, de Strasbourg (Journal de méd. de Leroux, t. XXXVI, p. 137); Van Krassendonk (Bulletin des sciences de méd. de Férussac, t. XI, p. 275) conseillent le borax pour régulariser le travail de la parturition, et ranimer les contractions de la matrice. Siebold, Kiewisch, de Prague, Gmelin donnent le même conseil. Duchateau (Bullet. de la Soc. méd. d'émul., nov. 1816) nie son action spéciale sur l'utérus. M. Trousseau partage son opinion.

Mais voici venir *un troisième agent obstétrical,* tiré du règne végétal, qui, jusqu'à ce jour, avait été relégué parmi les diurétiques, au rang desquels il a joué un rôle important et signalé vers la fin du dix-huitième siècle : l'*uva ursi.* — Je crois utile de rappeler ici quelques mots de l'histoire botanique, et des phases de l'administration de ce médicament; ne fût-ce que pour protester contre l'oubli profond et immérité dans lequel l'a jeté notre célèbre maître M. Trousseau, dans son Traité de thérapeutique, et pour répondre au sympathique appel de notre savant confrère, le docteur Debout, dans le *Bulletin de Thérapeutique* (t. XLVII), à l'égard des propriétés remarquables de cette plante.

Histoire botanique. — La busserole, l'arbousier, l'*uva ursi* de Linné, décandrie monogynie, famille des érinées, est un petit arbuste qui croît dans les forêts des montagnes, dans les Vosges, le Jura, les Alpes, les Pyrénées.

Le nom d'*uva ursi* lui vient de ses fruits rougeâtres, disposés en grappe, comme le raisin, et très-recherchés par les ours. Les feuilles, qui sont la partie dont on fait spécialement usage, sont petites, obovales, très-obtuses, quelquefois échancrées au sommet, luisantes en dessus et d'un vert foncé, assez fermes et coriaces. Ces feuilles ont beaucoup de ressemblance avec celles du buis; de là, les noms de *busserole* ou *bousserole* donnés à cette plante; elles sont inodores, d'une saveur astringente et amère.

Suivant Mérat, Delens et Braconnot, on donne fréquemment dans les pharmacies les feuilles sèches du *vaccinium vitis idœa,* très-abondant dans les Vosges, pour celles de l'*arbutus uva ursi,* dont elles ne possèdent aucune propriété. Cette substitution frauduleuse, qu'il importe de connaître, peut expliquer la diversité des opinions sur les effets de cette plante. On découvrira cette sophistication aux caractères suivants : les feuilles du *vaccinium* ou airelle ponctuée,

sont plus minces, à bords roulés, non échancrées au sommet, blanchâtres et parsemées à la face inférieure de points bruns, tandis que celles de la busserole sont d'un vert pur, obovées, fermes et coriaces, et comme chagrinées sur leurs deux faces. Les feuilles du buis (euphorbiacées) se distinguent par leur forme oblongue, ovale, leur échancrure au sommet, leur surface lisse, par leurs nervures longitudinales et transversales.

Analyse chimique. — L'analyse chimique, déjà faite par Murray avec beaucoup de soin, a démontré à Moretti et Melanetti, en Italie, la présence, dans les feuilles d'*uva ursi*, du tannin, du muqueux, de l'extractif amer, de l'acide gallique uni à la chaux, et du ligneux.

Selon E. Dorvault la bousserole contient :

Acide gallique	1,2
Tannin	36,4
Résine	4,4
Apothème	0,8
Gomme et sel soluble	3,3
Chlorophylle	6,3
Pectine	2,15
Extractif	17,6
Ligneux	9,6
Eau	6,0

Notons encore l'odeur des feuilles sèches d'*uva ursi*. Elle est assez forte et ressemble à celle de la bryone desséchée. Elle est due à un principe volatil, qui, lorsque les feuilles sont renfermées dans un bocal avec un papier, jouit de la propriété de colorer ce papier en une couleur bistrée.

Usages particuliers. — Dans quelques pays septentrionaux, en raison de l'acide gallique et du tannin que l'*uva ursi* contient si largement, on l'emploie au tannage des cuirs, à la teinture des étoffes, et à la fabrication de l'encre. En raison même de ces principes, selon Murray, Linné a constaté, en 1760, que les Américains du nord mélangeaient volontiers l'*uva ursi* avec le tabac, dans le but de diminuer la salivation provoquée par celui-ci.

Histoire thérapeutique.—C'est à cette vertu si prononcée, à cette astringence que les anciens s'adressaient, d'après le même auteur, en recommandant l'*uva ursi* dans les flux et les hémorrhagies. Ainsi, Dioscorides : « Etenim, ob astringendi vim in alvi laxitate, muliebri fluxione, et hæmorrhagiis sistendis id eam radicem commodam habet. » Galien, dans l'hémoptysie : « Commendat suam Αρκου σταφυλην in hæmoptysi, librasque 16 cum aquæ pluviæ sextariis ad tertias coqui, et liquorem expressum seponi jubet. » Mais vers la fin du dix-huitième siècle, une ère nouvelle s'ouvrit pour

*Propriétés pharmaceutiques et action physiologique de l'*uva ursi. — La poudre fraiche des feuilles, mise en contact avec la langue, fait percevoir une saveur styptique prononcée, à laquelle succède, au bout de quelques minutes, une sensation d'agréable amertume. La sécrétion salivaire augmente considérablement et s'écoule hors de la bouche. L'amertume ne tarde pas à cesser; il survient alors une certaine ardeur de la langue, du palais, de la gorge, avec constriction du pharynx. Au bout d'un quart d'heure, tout disparait, la salive redevient douce. Murray dit avoir observé, chez quelques malades, des nausées produites par l'usage de la poudre en nature. J'ai observé le même résultat chez l'un de mes malades. L'infusion chaude se rapproche, comme goût, couleur et odeur, du thé. Elle est fort agréable. La décoction est noire, moins odorante, plus amère, partant beaucoup moins agréable. Selon Murray, si l'on continue quelque temps l'usage de l'*uva ursi*, l'appétit augmente, les selles sont faciles, les urines plus fréquentes et plus abondantes. Le pouls se relève, la face se colore; en un mot, on éprouve un sentiment général de bien-être, qui résulte de l'accomplissement régulier actif de toutes les fonctions. Mathiole prétend que l'eau distillée des fleurs et des fruits est un antidote puissant contre la peste et les poisons. Dioscorides affirme que les baies produisent à ceux qui les mangent une céphalalgie assez intense. D'après Boerhaave, elles amènent une certaine ivresse, qui fait les délices des ours et qui est la raison de leur goût pour cet aliment. Les abeilles butinent les fleurs; les oiseaux, grives, étourneaux, merles, recherchent les fruits avec avidité. Au rapport de Linné, certains Russes font dessécher les baies, et en fabriquent, en temps de disette, du pain, comme les Irlandais avec le lichen.

L'extrait aqueux a une couleur très-brune, il se ramollit à l'air. Son odeur est balsamique, sa saveur est amère et astringente, son contact noircit facilement une spatule de fer, en raison de la quantité de tannin et d'acide gallique qu'il contient.

L'extrait alcoolique a une couleur vert olive. Il se dessèche facilement. La saveur, d'abord amère, devient plus tard rance. Le sirop est d'une couleur foncée, d'une saveur amère, mais, en somme, agréable au goût.

*Action thérapeutique de l'*uva ursi. — Dans les flux, leucorrhée, diarrhée atonique, cystirrhée, hémorrhagies passives, on comprend sans peine l'influence de l'*uva ursi* par sa forme astringente, signalée déjà par les anciens, et légitimée par l'analyse chimique qui révèle une notable quantité d'acide gallique et de tannin, principes

qui ont été expérimentés isolément dans ces derniers temps, et ont donné les mêmes résultats.

Mais il nous reste à parler surtout de l'action particulière, excitante, des feuilles de la busserole sur l'apparcil génito-urinaire. « On conçoit, dit Richard (Dict. en 30 vol., t. III, p. 527), comment l'*uva ursi*, en augmentant la sécrétion de l'urine, en facilitant son excrétion, a pu favoriser l'expulsion des petits calculs qui se développent dans les reins, les uretères et la vessie. »

Cela est vrai et logique, mais ce n'est qu'un côté de la vérité, je dirai plus, ce n'est que le résultat. C'est prendre l'effet pour la cause. Par quel mécanisme l'*uva ursi* facilite-t-il l'excrétion de l'urine, et, par suite, l'expulsion des calculs. Linné, Vogel, Gerhard, avaient déjà cherché à se rendre compte de cette singulière propriété, en disant que par sa force astrictive la busserole stimule les fibres ordinairement lâches de la vessie, chez les calculeux, accélère et augmente la force de l'écoulement de l'urine. Lamphier ajoute qu'en fixant par cette astriction de l'organe le calcul, il en diminue la mobilité, par suite l'irritation de la vessie et la dysurie. Murray le considère à la fois comme un stimulant spécial des voies urinaires, mais aussi comme un tonique reconstituant de l'économie, et pouvant agir au même titre que d'autres astringents, l'absinthe, la verge d'or, etc., *in maturando partu et pellendis adeò mensibus.*

A notre tour, nous nous sommes posé cette question :

Comment expliquer les succès si nombreux et incontestables, obtenus par des hommes du plus haut mérite et de la plus saine observation, avec ce médicament, dans les incontinences d'urine, dans les rétentions par engorgement de la prostate, si ce n'est par une action directe sur la vessie, comparable à celle de la noix vomique, ou plutôt du seigle ergoté ? Par une excitation puissante des fibres de la vie organique, excitation qui rend la force, l'activité contractile aux organes relâchés, affaiblis ou même obstrués en partie par un corps hypertrophié comme la prostate, ou par la présence d'un calcul ? Les astringents les plus puissants, végétaux ou minéraux, sont incapables de déterminer un pareil effet. Il y a donc là spécificité d'action, spécificité due à un principe inconnu, non défini encore, comme l'ergotine, que des analyses plus attentives arriveront sans doute à dénommer. Voici, du reste, en faveur de cette opinion, un nouveau fait tiré de la pratique d'un diagnosticien distingué. Dans un cas de cystirrhée, compliquée d'une tumeur cancéreuse de l'urètre, Honoré, médecin de l'Hôtel-Dieu, conseille à une femme de cinquante ans de prendre comme diurétique l'*uva*

ursi. Les urines augmentèrent, devinrent faciles; mais au bout de vingt-quatre heures, la malade fut obligée de cesser le médicament, en raison d'un ténesme, et de douleurs de poussements, disait-elle, intolérables, comme si elle accouchait.

A l'exemple du même maître, ayant eu l'occasion d'administrer, à doses continues et prolongées, l'*uva ursi* dans l'albuminurie chronique, j'ai pu constater cette action remarquable, que je m'expliquais mal, étant loin de soupçonner à cette plante la qualité spéciale d'agir sur les muscles de la vie organique, lorsque, en 1854, le *Bulletin de Thérapeutique* vint me révéler les propriétés obstétricales de la busserole. D'après M. Harris (Virginia Med. Journ. et Med. Circular), dans le cas de contractions insuffisantes de l'organe utérin, avec épuisement nerveux, l'administration d'une forte décoction d'*uva ursi* fut suivie de fortes douleurs expultrices et de la sortie rapide du fœtus et du placenta. Il cite à l'appui cinq observations.

Excité et éclairé par cette communication curieuse, je me promis de vérifier le fait. L'occasion ne se fit pas attendre, et voici dans quelles circonstances :

Obs. I. Une jeune femme de vingt-deux ans, d'une constitution lymphatique et nerveuse, jouissant d'une bonne santé, mariée depuis un an, était enceinte, primipare, et sur le point d'accoucher. Les premières douleurs commencèrent le 28 avril 1856, dans la nuit. Le 29 au matin, je constatai que le col, aminci, présentait une dilatation de la grandeur d'une pièce de vingt centimes. Le soir, même état; le 30 au matin, situation semblable, douleurs faibles, surtout dans les reins, presque continues; je compris que j'avais affaire à un de ces accouchements paresseux, *tædious labour*, qui pouvait traîner ainsi longtemps encore. Il est bon de dire que l'utérus était fortement antéversé, la tête portant sur la partie antéro-inférieure de l'utérus, qu'elle propulsait par-dessus le col. Le décubitus dorsal, un bandage de corps appliqué sur le bas-ventre furent prescrits. A onze heures, tout étant dans la même situation, l'idée me vint de donner, à l'instar d'Harris, l'*uva ursi*. Toutes les heures, j'ordonnai de prendre 1 gramme d'*uva ursi*, en infusion théiforme. La première dose, au bout de trente cinq minutes, détermina des contractions plus vives et plus directes dans l'utérus et des envies fréquentes d'uriner. A midi la deuxième dose fut administrée; à une heure on vint me chercher, en disant que, de cinq en cinq minutes, les douleurs avaient changé et se renouvelaient activement. Convaincu que le travail ne pouvait être bien avancé, je ne me présentai chez la malade qu'à quatre heures. Elle avait pris une troisième dose, une heure auparavant. Mon étonnement fut réel lorsque je trouvai la tête ayant franchi le col. Dès ce moment, le travail ne s'interrompit plus, et à sept heures et demie, sous l'influence de vives douleurs expultrices, la tête franchissait la vulve, malgré une forte résistance du périnée. Peu de liquide amniotique sortit, mais, en revanche, des masses pelotonnées d'une graisse blanche et concrète comme de l'axonge furent évacuées. La délivrance se fit vingt-cinq minutes après l'accouchement. L'utérus revint activement sur lui-même. L'enfant était volumineux, mais parfaitement con-

formé et bien portant. 6 grammes d'*uva ursi* avaient été administrés pendant le cours et jusqu'à la fin du travail.

Ce premier fait était de nature à m'encourager.

Obs. II. Le 10 décembre 1856, chez une femme de vingt-quatre ans, primipare, prise de douleurs depuis midi, il survint, vers cinq heures, une perte abondante, alors que le col offrait une dilatation d'un diamètre égal à celui d'une pièce d'un franc. Le placenta s'insérait dans le voisinage du col. J'eus recours à des compresses froides sur les cuisses et le bas-ventre, et j'administrai, en l'espace de quatre heures, une décoction de 16 grammes de feuilles d'*uva ursi* pour un litre d'eau.

Les douleurs devinrent très-actives; la position horizontale était gardée avec peine par la malade. La perte continua jusqu'à onze heures du soir. A une heure du matin, l'accouchement eut lieu; l'enfant était mort. Le ramollissement de l'épiderme, sa couleur livide, la flaccidité des membres, le cordon exsangue indiquaient que la mort remontait déjà à plusieurs jours. Depuis une huitaine environ, cette femme, d'un tempérament essentiellement leuco-phlegmatique, souffrait dans les reins, le bas-ventre, avait des lypothymies, et offrait une bouffissure remarquable des paupières et de la face, sans albuminurie.

Grâce à l'*uva ursi*, qui fut bien supporté, le travail fut activé, la perte suspendue et l'accouchement, qui menaçait d'être grave, s'est terminé heureusement pour cette femme épuisée et nerveuse. La délivrance fut faite immédiatement et suivie de l'expulsion d'un flot de sang et de caillots énormes. Néanmoins les suites de couches furent heureuses et le rétablissement prompt.

Il est curieux encore de noter, qu'en raison du séjour prolongé de la tête dans le petit bassin, une paralysie de la vessie suivit l'accouchement; l'*uva ursi*, renouvelé à la dose de 4 grammes par jour, ramena la contractilité de l'organe et la facilité de la miction sans l'usage de la sonde.

Le troisième fait est le suivant :

Obs. III. C'est encore une primipare, âgée de dix-neuf ans, chlorotique, tourmentée de gastralgie pendant sa grossesse, et soumise au quinquina et aux ferrugineux pendant plusieurs mois.

Prise des premières douleurs, le 3 mars, vers deux heures du matin, le travail préparatoire s'est prolongé pendant quarante-huit heures. Les forces s'épuisaient, la malade perdait courage; une présentation de l'extrémité pelvienne était manifeste; le méconium s'écoulait abondamment avec le liquide amnio-tique; je me décidai, dans la nuit suivante, vers une heure du matin, à donner une décoction d'*uva ursi*, à la dose de 16 grammes pour un litre d'eau. Au bout de deux heures de cette médication, le siége franchit le col utérin et, à six heures du matin, l'accouchement et la délivrance étaient terminés. L'enfant était de force ordinaire; il est bien portant. Les suites de couches furent aussi simples que possible. La mère se rétablit promptement.

Après ces trois expériences, il ne m'était plus permis de douter de l'action heureuse de l'*uva ursi*, non-seulement dans les accouchements paresseux, ainsi que l'affirme M. Harris, mais, de plus encore, dans la métrorrhagie compliquant le travail, et l'expulsion d'un fœtus mort, voire même dans le cas de présentation de l'extrémité pelvienne chez une primipare.

En méditant cette action, et en relisant attentivement les monographies qui avaient traité de l'usage si répandu, vers la fin du siècle dernier, de l'*uva ursi* dans les affections chroniques des voies urinaires avec ou sans présence de calculs, j'ai cherché à m'expliquer cet effet singulier, incontestable, répété tour à tour par des autorités imposantes, comme Dehaen, Sauvages, Werloff, Queer, Murray, Cullen, Prout, Gerhard, etc. J'ai trouvé dans maintes expériences, que j'ai souvent renouvelées depuis, la solution du problème. (*La fin au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Procédé nouveau applicable au dosage de l'acide cyanhydrique dans les liquides qui le renferment, et notamment dans les eaux distillées de laurier-cerise et d'amandes amères.

Parmi les procédés connus qui ont pour but le dosage de l'acide cyanhydrique, aucun ne présente une rapidité d'exécution et une exactitude de résultat semblables à celles du procédé nouveau qu'un savant pharmacien de Paris, M. Buignet, vient de signaler dans un mémoire lu à l'Académie de médecine sur le cyanure double de potassium et de cuivre. Nous reproduisons la partie de cet intéressant travail, dans laquelle l'auteur expose son procédé et les enseignements qui en découlent pour la thérapeutique appliquée :

« Si l'on suppose un liquide quelconque, une eau distillée, par exemple, renfermant une petite quantité d'acide cyanhydrique libre, l'ammoniaque, versée en excès dans ce liquide, s'y partagera nécessairement en deux parts : l'une qui entrera en combinaison pour former du *cyanhydrate d'ammoniaque;* l'autre, qui demeurera libre au sein de la liqueur, conservant tous les caractères qui lui appartiennent dans son état de liberté.

« Si l'on verse alors dans ce liquide complexe une solution de sulfate de cuivre bien pur, en ayant soin de ne la verser que goutte à goutte et d'agiter le mélange, après chaque addition, on verra se produire deux actions successives essentiellement distinctes :

« La première, caractérisée par la formation d'un *cyanure double d'ammoniaque et de cuivre*, aura pour effet sensible de décolorer la solution cuivreuse à mesure qu'elle tombera dans la liqueur ;

« La seconde, caractérisée par la formation du *sulfate de cuivre ammoniacal*, aura pour résultat contraire d'exalter la couleur de cette solution, en y produisant la magnifique teinte connue sous le nom de *bleu céleste*.

« Les deux phénomènes seront donc complétement opposés, quant à leur nature ; mais ce qu'il importe de remarquer, c'est qu'ils n'apparaîtront que successivement, et dans l'ordre des affinités qui les auront produits. Or, ls affinités comparées du cyanure alcalin et de l'ammoniaque sont telles, à l'égard du cuivre, que la première surpasse de beaucoup la seconde, et que celle-ci ne devient libre de s'exercer que quand l'autre est complétement satisfaite. Il suit de là que l'apparition du bleu céleste constitue un excellent terme pour la combinaison des deux cyanures, et que si l'on connaissait la nature exacte de cette combinaison, on aurait, pour la seule notion du cuivre dépensé, celle de l'acide cyanhydrique, auquel il s'est uni pour former le sel double.

« C'est à déterminer ce point important du problème que je me suis surtout attaché. J'ai reconnu, par la synthèse de l'expérience précédente, que, dans une liqueur renfermant deux équivalents d'acide cyanhydrique, le bleu céleste ne pouvait apparaître avant qu'on eût versé un équivalent de cuivre. Il restait à vérifier ce résultat de l'analyse.

« Après avoir obtenu, sous forme de cristaux très-blancs et très-nets, le cyanure double auquel donne lieu la réaction précédente, lorsqu'on opère avec le cyanure de potassium comme cyanure alcalin, je l'ai soumis aux moyens analytiques les plus propres à me faire connaître la proportion comparée du *cyanogène* et du *cuivre*. J'ai trouvé que cette proportion était précisément celle qui correspond à deux équivalents du premier corps pour un seul équivalent du second ; de telle sorte que la formule du sel double, déterminée par l'analyse et par la synthèse, serait représentée par : $Az\,H^4\,Cy,$ $Cu\,Cy$.

« Partant de cette donnée, que je regarde comme suffisamment exacte, j'ai composé une liqueur normale et titrée de sulfate de cuivre dans des portions telles, que chaque division, ou dixième de centimètre cube, correspond exactement à un milligramme d'acide cyanhydrique. Avec une pareille liqueur, tout calcul de dosage devient inutile. Il suffit de lire le nombre des divisions dépensées au moment de l'apparition du bleu céleste, pour connaître celui des milligrammes d'acide cyanhydrique auquel il correspond.

« Il est peu de médicaments dont la nature soit plus variable que celle des composés cyaniques, et pourtant il n'en est pas peut-être où l'action médicale ait besoin de plus de constance et de régularité. Il est donc nécessaire que le pharmacien puisse les soumettre fréquemment à l'épreuve des moyens chimiques, afin de constater, en

même temps que le degré de leur richesse réelle ; celui de l'action médicale qui en est la conséquence. Le moyen que je propose paraît très-convenable sous ce rapport, puisqu'il donne ses indications en quelques minutes, et avec une très-petite quantité de liquide.

« C'est surtout à l'égard des eaux distillées de laurier-cerise et d'amandes amères, dont l'emploi est si fréquent dans les pharmacies et dont la composition est pourtant si variable, que le procédé nouveau se montrera utile et avantageux. La facilité qu'il donne de titrer à tout instant, et en quelques minutes, l'acide cyanhydrique contenu dans ces eaux, est la plus précieuse garantie qu'il puisse offrir à la thérapeutique sur la fidélité de deux médicaments qu'elle a classés de tout temps parmi les meilleurs antispasmodiques, et auxquels elle a toujours conservé le rang qui leur appartient, malgré la variabilité même de leur action.

« En pratiquant un grand nombre de dosages sur les eaux distillées de laurier-cerise et d'amandes amères, préparées toutes deux très-exactement, d'après les prescriptions les plus rigoureuses de la formule du Codex, j'ai reconnu que la première (l'eau de laurier-cerise) renfermait en moyenne et sous le même poids *trois fois plus d'acide cyanhydrique* que la seconde.

« Il est une dernière observation que je soumets, en terminant, à l'attention de l'Académie : elle montre mieux encore tout le parti qu'on pourra tirer du procédé nouveau.

« Plusieurs médecins sont dans l'usage, lorsqu'ils prescrivent le cyanure de potassium à l'extérieur, d'employer l'eau de laurier-cerise comme véhicule, dans le but sans doute d'augmenter l'action sédative du médicament. Or, j'ai observé, il y a longtemps déjà, que la solution, qui est limpide au moment même où elle vient d'être préparée, se trouble dès le lendemain de sa préparation ; et laisse déposer une quantité considérable de matière jaune, de telle sorte que, loin de rendre le sel plus actif, l'eau de laurier-cerise semblerait affaiblir, et, dans certains cas même, annuler son action.

« Il s'agissait cependant de savoir si la matière jaune, ainsi précipitée, se formait aux dépens du composé cyanique lui-même, ou si elle n'était qu'une simple transformation de l'essence sous l'influence du sel alcalin.

« J'ai fait, pour y parvenir, une solution de 0gr,50 de cyanure de potassium dans 100 grammes d'eau de laurier-cerise, et je l'ai dosée au moment même où elle venait d'être préparée, c'est-à-dire avant que la réaction dont je viens de parler se fût accomplie. J'ai trouvé 0gr,287 d'acide cyanhydrique, quantité rigoureusement

égale à celle qui existait séparément dans l'eau distillée et dans le cyanure.

« Puis, j'ai effectué le dosage à des époques de plus en plus éloignées du moment de la préparation, et voici ce que j'ai reconnu :

Après 6 jours	de préparation,	0gr,243,	au lieu de 0gr,287,
— 15	—	0 ,209	—
— un mois,	—	0 ,177	—

« Il est bien évident, d'après cela, que la proportion du composé cyanique va toujours décroissant à mesure que la réaction s'accomplit, et que lorsqu'on examine la solution un mois après qu'elle a été préparée, on la trouve effectivement moins riche que si l'eau de laurier-cerise eût été remplacée par de l'eau pure. »

Modification à introduire dans les préparations du sirop de chicorée composé.

M. Cazin, pharmacien à Blois, propose la modification suivante : On prépare les deux infusions comme le prescrit le Codex; cette première partie terminée, on fait évaporer pour la deuxième infusion; lorsque celle-ci est suffisamment réduite, on y ajoute celle de rhubarbe, et on filtre. Le liquide filtré devra donner une colature d'un poids un peu supérieur au tiers du sirop de sucre prescrit par le Codex. On dissoudra ensuite sur un feu modéré le sucre avec le liquide, dans la proportion de 100 sur 190; et, après un léger bouillon, on passera à l'étamine.

Par ce procédé on obtient un sirop d'une limpidité parfaite, très-aromatique et se conservant bien. C'est surtout cette dernière qualité, ajoute M. Cazin, que j'ai eu pour but de rechercher, car l'ébullition prolongée, que prescrit le Codex, altère le sucre et par conséquent prédispose le sirop à la fermentation.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Présentation du bras droit dans deux accouchements successifs. — Version podalique dans les deux cas. — Premier enfant mort avant le travail. — Deuxième enfant vivant.

Permettez-moi de réclamer la publicité des colonnes de votre excellent recueil pour deux observations d'accouchement avec présentation de l'épaule droite et issue du bras. Ces deux faits, observés sur la même femme à un an d'intervalle, m'ont engagé à faire des recherches sur ce sujet, et à compiler depuis le premier jus-

qu'au dernier les volumes de la collection du *Bulletin de Thérapeutique*. J'ai lu avec grand soin et grand intérêt les remarquables articles dus à MM. Capuron, Maygrier, Chailly, Pommier, Lemonnier et Géry ; ces différents travaux m'ont prouvé que j'avais eu raison de suivre mes inspirations, ou plutôt de m'en rapporter à ce que m'avaient enseigné nos maîtres dans l'art obstétrical. Voici les faits :

Le 26 mai 1856, je fus appelé près de la femme Higognet, primipare, demeurant à Passy ; j'arrivai vers quatre heures du matin ; les douleurs avaient commencé à minuit, et la poche des eaux était rompue depuis une demi-heure.

Ecoulement peu abondant et continu ; le liquide est jaunâtre, ce qui m'indique la présence du méconium ; la malade ne sent aucun mouvement depuis la veille au soir, bien avant l'invasion des douleurs. A l'auscultation, on ne perçoit aucun battement du cœur. Mon premier diagnostic porta donc sur la mort de l'enfant. Je ne puis expliquer d'une manière plausible cette mort du fœtus avant le travail ; il n'y a eu ni chute, ni violence extérieure d'aucune sorte. La seule supposition permise porte sur la possibilité de la compression du cordon, par suite de la position anormale de l'enfant ; mais à quel moment et de quelle manière, voilà ce qu'il est impossible de dire.

Ce premier point établi, je procédai au toucher, et rencontrai sous mon doigt, presque à la vulve, une main que je reconnus être la droite ; elle n'était accompagnée d'aucune anse de cordon, comme on l'a quelquefois observé. Le refroidissement bien marqué, la flaccidité de cette partie me confirmèrent dans mon diagnostic.

Dilatation complète du col, lequel est d'une grande souplesse, engagement de tout le membre thoracique, y compris l'épaule.

J'avais donc affaire à une présentation de l'épaule droite, avec issue du bras, la tête reposant dans la fosse iliaque droite, la face en avant, le siége dans l'hypocondre gauche, et très-relevé, le sternum répondant à la face postérieure de l'arcade pubienne de la mère.

Les premiers moments furent fort pénibles pour moi, cet accouchement étant le premier de ce genre que je voyais ; néanmoins mon parti fut promptement pris, et je me décidai pour la version podalique, que je pratiquais pour la première fois sur le vivant.

Cette manœuvre me présenta de sérieuses difficultés, à cause des énergiques contractions utérines qui paralysaient mes efforts. Enfin, après trois quarts d'heure de tentatives infructueuses, et profitant des intervalles de douleurs, je saisis un pied que je ne lâchai que lorsqu'il fut dans le vagin ; le second fut saisi très-facilement et amené immédiatement au dehors également ; le tronc et la tête évoluèrent spontanément, les bras se dégagèrent seuls et la tête suivit. Cette dernière partie de l'accouchement ne demanda pas plus de deux ou trois minutes.

L'enfant, du sexe masculin, d'un volume ordinaire, était complétement décoloré, ainsi que le cordon.

La main gauche présentait les particularités suivantes : absence complète du pouce et du premier métacarpien ; réunion complète des doigts médius et annulaire par une bride cutanée. L'accouchée, qui était bonne d'enfant chez moi, et n'était pas encore mariée, avait vu plusieurs fois à notre établissement une

petite fille atteinte de ce vice de conformation, à laquelle M. le docteur Tavernier, mon beau-père, et moi, nous donnions des soins. Ce fait l'avait singulièrement frappée ; il lui revint à la pensée pendant sa grossesse, et jusqu'à son terme ses idées ne varièrent pas; elle était persuadée que son enfant présenterait la même difformité; chez les deux sujets, c'étaient les mêmes doigts de la même main.

Les physiologistes verront-ils dans ce fait une simple aberration de la nature, ou un effet de l'imagination de la mère sur le produit de la conception. Je livre ce fait à leur appréciation.

Malgré un travail fatigant pour la malade, et les manœuvres pénibles et douloureuses que j'avais pratiquées, au bout de quinze jours cette femme était rétablie et avait même repris ses occupations. Il n'y a eu que très-peu de fièvre de lait, point d'accidents consécutifs.

Ce fait m'avait engagé à des recherches aussi complètes que possible d'observations analogues ; elles eurent pour résultat de me permettre d'établir les points suivants :

1° Que dans une grossesse suivante, j'aurais presque indubitablement affaire à une présentation analogue, pour la modification de laquelle j'aurais par conséquent à employer la même manœuvre, à moins que, par le procédé recommandé par M. le docteur Gros, je pusse, au début du travail, modifier la position par les manœuvres extérieures.

2° Que j'avais employé le seul moyen praticable, c'est-à-dire la version pelvienne, au lieu de compter sur les éventualités d'une évolution spontanée, chose impossible, eu égard à la mort de l'enfant, ou d'abandonner l'accouchement aux seules forces de la nature.

3° Enfin, que de la rapidité des manœuvres dépendait la vie de l'enfant et la possibilité d'épargner à la mère un travail long, fatigant, et dont les résultats pourraient être pernicieux, sinon pour sa vie, du moins pour sa santé. Les faits me donnèrent raison sur le premier point.

Le 16 juin 1857, un peu plus d'un an après le premier accouchement, je fus appelé de nouveau près de cette femme, que je n'avais pu examiner à fond pendant sa première grossesse. Les premières douleurs avaient commencé vers midi, et quand j'arrivai à quatre heures, la poche des eaux était rompue depuis vingt minutes. Rien qu'en palpant l'abdomen, je sus immédiatement à quoi m'en tenir sur la position de l'enfant; elle était identiquement la même que dans le premier cas.

J'eus le regret, par suite de l'écoulement presque complet des eaux, de ne pouvoir même tenter les manœuvres dont j'ai parlé plus haut. Je suis persuadé qu'elles auraient réussi par suite du petit volume de l'enfant qui, par conséquent, aurait présenté une plus grande mobilité.

Je pratiquai immédiatement le toucher, et le doigt explorateur rencontra presque à l'ouverture de la vulve la main droite de l'enfant; je reconnus avec une vive satisfaction qu'il était vivant, car ses doigts se resserrèrent avec une

certaine force sur le mien; cette fois encore, il n'y avait pas d'anse du cordon engagée.

A dater du moment où la poche des eaux se rompit, les douleurs avaient brusquement cessé, et l'utérus, sauf quelques contractions insignifiantes et partielles, était dans un état d'inertie à peu près absolu.

Le col était complétement dilaté, d'une souplesse extrême; je savais l'enfant vivant, je résolus, en conséquence, de profiter de ce temps d'arrêt dans le travail, craignant, pour l'enfant, les résultats d'une longue temporisation et, que par suite de la réapparition des douleurs, les manœuvres ne devinssent beaucoup plus difficiles.

La cavité utérine, bien que revenue sur elle-même, et comprimant un peu le fœtus, se prêtait assez bien à mes manœuvres, que je n'exerçais qu'avec les plus grandes précautions; ma main droite introduite dans l'utérus ramena, après quelque temps d'arrêt, les deux pieds l'un après l'autre. Je les réunis dans une serviette; des tractions modérées amenèrent le tronc et le bras droit, qui se dégagea seul.

J'avais eu la précaution, tout en exerçant les tractions, de rectifier la position de l'enfant, de manière que le tronc répondît par sa face postérieure à la même face de l'arcade pubienne de la mère, appliquant ainsi la face dans la concavité du sacrum, l'occiput faisant arc-boutant sur l'arcade pubienne.

Le bras gauche, qui était resté engagé, m'opposa quelque résistance dans le dégagement de la tête; il était complétement relevé, et le creux axillaire était presque effacé.

Je cessai à l'instant toute traction et, introduisant ma main gauche, je poussai mon doigt indicateur entre le moignon de l'épaule et le cou; le membre glissa, petit à petit, le long de la face, dans la concavité du sacrum, franchit la vulve, la tête suivit immédiatement, et j'eus la satisfaction de recevoir une fille vivante, d'un petit volume, mais asphyxiée, et faisant à peine une aspiration chaque demi-minute.

Les moyens ordinaires la ranimèrent complétement au bout de vingt minutes; le lendemain, elle a pris avec avidité le sein de sa mère, qui a été remise, et a pu se lever au bout de neuf jours.

Bien que le bras engagé n'eût subi aucune violence soit de traction, soit de refoulement, manœuvres dont je m'étais, comme on le pense, complétement abstenu, il fut pendant quatre jours engorgé, violacé et douloureux. Cet état se dissipa au bout de ce temps, grâce à quelques applications résolutives, et les mouvements sont aussi faciles de ce côté que du côté gauche.

Tels sont les deux faits intéressants que je vous transmets; le second l'est à un plus haut degré, puisque les résultats ont été des plus heureux pour la mère et pour l'enfant; puissent-ils ne pas être déplacés près de ceux si remarquables publiés dans le *Bulletin de Thérapeutique*, par les savants accoucheurs que j'ai cités au début de ma note.

BOUGARD, D. M.

à Chaillot.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Trois nouvelles observations a l'appui de l'emploi du bromure de potassium dans le traitement de la spermatorrhée. — L'action stupéfiante que le bromure de potassium exerce sur les organes génitaux de l'homme, et qui a été mise en relief, en 1850, par les recherches de MM. Puche et Huette, ne devait pas tarder à provoquer quelque expérimentateur sagace à en tenter l'emploi contre la spermatorrhée. En effet, la propriété dont le bromure jouit d'éteindre les érections physiologiques chez les hommes les plus vigoureux et de faire persister l'impuissance même plusieurs jours après la cessation du médicament, indiquait une ressource thérapeutique nouvelle pour le traitement de cette tenace affection. Aussi, en 1851, un médecin russe, le docteur Thielmann, est-il venu fournir plusieurs faits à l'appui de l'efficacité du sel potassique contre les érections morbides qui accompagnent la blennorrhagie, dans les cas de pollutions nocturnes. Un interne distingué de nos hôpitaux, M. Binet, vient de communiquer à l'Union médicale trois nouveaux faits de spermatorrhée fortement améliorée sous l'influence de l'administration du sel potassique. Nous nous empressons de les reproduire, car le traitement de cette maladie, malgré les acquisitions récentes et incontestables de la thérapeutique, contient encore des lacunes. Voici les faits publiés par M. Binet.

Obs. I. *Pertes séminales diurnes et nocturnes datant de dix-sept années. — Emploi du bromure de potassium. — Cessation des accidents.* — Le 30 juillet 1856, est entré dans le service de M. Pidoux, hôpital Lariboisière, salle Saint-Henri, n° 7, le nommé F..., âgé de trente-sept ans, mécanicien.

Cet homme se plaint d'un flux hémorrhoïdal ; rien de remarquable du côté du rectum, si ce n'est quelques petites hémorrhoïdes internes ; mais, en interrogeant le malade, on apprend que depuis l'âge de vingt ans, à la suite d'excès de coït, il est atteint de pertes séminales involontaires. Il s'est livré à la masturbation jusqu'à l'âge de dix-sept ans ; le commerce des femmes le guérit de cette habitude. Il n'a jamais eu de blennorrhagie.

Au début, les pertes se renouvelaient tous les trois ou quatre jours, parfois plusieurs avaient lieu dans la même nuit. Bientôt elles devinrent quotidiennes, bien que le malade vécût maritalement avec une femme ; souvent même, après avoir répété plusieurs fois l'acte sexuel, le malade, à peine endormi, était réveillé par une nouvelle éjaculation. A cette époque, il remarqua que son sperme était altéré dans sa couleur et dans sa consistance ; cependant il continua à avoir des érections, et sa maîtresse lui donna deux enfants, dont, il est vrai, il hésite à se reconnaître le père. Pendant longtemps sa santé souffrit peu de pertes aussi abondantes ; mais, depuis sept ou huit ans, cet homme, ouvrier jadis habile et actif, est devenu lent et paresseux ; ses forces, sa mémoire et son intelligence ont peu à peu diminué ; de gai et de courageux, il est devenu triste

et pusillanime ; la vie lui est à charge, et pourtant il s'effraye de tout ce qui pourrait y porter atteinte.

A diverses reprises, mais sans résultat, on a tenté la guérison. Pendant les quinze premiers jours qui suivirent l'entrée à l'hôpital, on administra successivement, sans amélioration, les toniques et les narcotiques. Le 16 août, lorsque je revins des vacances, je constatai l'état suivant :

Homme brun, grand, bien constitué ; la face est morne, sans expression, pâle et amaigrie ; les yeux sont caves, ternes, cernés de bistre, les pupilles dilatées. Le corps est amaigri, les membres émaciés ; la démarche est lente et traînante. Les organes génitaux externes n'offrent rien d'anormal dans leur conformation ; le canal de l'urètre n'est point rétréci ; la sonde n'excite aucune sensation douloureuse dans la région prostatique. Par le toucher rectal, on constate que la prostate n'est pas sensiblement hypertrophiée ; cet organe est indolent à la pression. Aucun trouble dans les fonctions de la vessie.

L'appétit est bon, mais les digestions sont lentes et difficiles. Constipation habituelle ; chaque effort de défécation amène l'issue d'une quantité plus ou moins considérable de sperme. Nous n'avons pas constaté la présence de ce liquide dans les urines.

Le malade a eu, la nuit dernière, trois pertes accompagnées, comme de coutume, de demi-érection, et provoquées par des rêves lascifs. Ces accidents se produisent deux ou trois fois chaque nuit.

Chargé du service en l'absence de mon chef M. Pidoux, j'eus l'idée d'essayer le bromure de potassium et je le prescrivis à la dose de 1 gramme dans 120 grammes de julep gommeux. Les jours suivants les pertes continuèrent, mais elles tombèrent à une par nuit. Pas de sensation désagréable à l'arrière-bouche, pas de fourmillements dans les membres.

Le 23 août, la dose de bromure est portée à 1gr,50.

Le 24, pour la première fois depuis bien des années, le malade a reposé sans accident et n'a pas rendu de sperme en allant à la selle.

Le 31, une perte, la seule depuis le 24. Même traitement.

Le 18 septembre, le malade sort ; il n'a pas eu de perte depuis dix-huit jours ; l'embonpoint commence à renaître ; les muscles reprennent leur volume ; les forces reparaissent ; l'intelligence est plus vive ; la face plus animée ; la pupille est normale. Erections le matin, mais sans éjaculation.

Il promet de continuer le bromure et de revenir nous voir. Nous ne l'avons pas revu.

Obs. II. — *Pollutions nocturnes datant de plusieurs années. — Emploi du bromure. — Amélioration rapide.* — Au mois d'octobre 1856, est entré à la Maison municipale de santé, service de M. Monod, M. X..., âgé de quarante-cinq ans. C'est un homme grand, fort, d'apparence robuste, mais lymphatique. Il exerce la profession de marin du commerce ; il se livre à de nombreux excès lorsqu'il est à terre, mais il n'avoue aucune maladie vénérienne ; il n'en porte, du reste, pas de trace. Depuis quelques années, il est atteint de pertes séminales nocturnes ; il en a deux, trois, et jusqu'à cinq par nuit, le plus souvent sans érection ; il lui est arrivé aussi de perdre du sperme pendant la défécation ou à la fin de la miction.

Cet homme a plutôt engraissé que maigri ; mais il est hypocondriaque au plus haut point ; il ne témoigne aucune énergie, et ne se préoccupe que de la quantité d'aliments qu'on peut lui accorder. On remarque parfois de l'incohérence dans ses idées.

M. Monod prescrivit l'emploi des toniques, des ferrugineux et des lotions froides répétées; sous l'influence de ce traitement, l'état général s'améliora, mais les pertes continuèrent. Dans la seconde semaine de novembre, on associa au traitement précédent le bromure de potassium, à la dose de 0gr,50, et peu après de 1 gramme dans un julep. Ce traitement fut continué pendant quinze jours; les pertes furent modifiées quant à leur abondance et à leur nombre; et lorsque, à la fin de novembre, le malade fut obligé de quitter la maison de santé, il avait pu passer trois nuits de suite sans accidents, ce qui ne lui est pas arrivé depuis plus d'une année; en outre, au lieu de deux, trois ou cinq pertes, il n'en avait plus qu'une. (Recueillie par M. Joseph Gibert.)

Obs. III. *Pollutions nocturnes répétées. — Cessation des accidents après six semaines de l'emploi du bromure. — Rechute au bout d'un mois. — Reprise du traitement.— Guérison.* — M. X..., artiste, âgé de vingt-trois ans, après s'être livré longtemps à la masturbation, a renoncé depuis deux ans à cette funeste habitude; mais, il y a dix-huit mois environ, les premiers accidents de spermatorrhée apparurent et se répétèrent bientôt chaque nuit et à chaque défécation. La maigreur et l'émaciation devinrent extrêmes; la vue et les autres sens s'émoussèrent. Le malade tomba dans une mélancolie profonde, et quand il vint me consulter, il en était arrivé au dernier degré de marasme. Je ne pus examiner les organes génitaux, le malade s'y refusant. Je prescrivis un traitement hydrothérapique, des frictions sèches et l'usage des toniques amers.

Ce traitement fut suivi d'une amélioration légère; mais la guérison était loin d'être obtenue, quand, au mois d'octobre 1853, je prescrivis l'usage du bromure de potassium : 20 grammes dans 300 grammes d'eau, une cuillerée à bouche de cette solution tous les matins; les pertes cessèrent très-promptement. La première dose épuisée, je continuai l'usage du médicament, mais la force de la solution ayant été diminuée par erreur (6/300 au lieu de 20/300), le malade éprouva quelques accidents, bien qu'il y eût toujours un mieux sensible. Une troisième dose fut ordonnée, tout accident disparut. On cessa l'usage du bromure, et pendant un mois il n'y eut aucune perte. Au bout de ce temps, une ou deux éjaculations involontaires, survenues pendant la nuit, m'ont fait reprendre l'usage du bromure. Depuis quinze jours, les pertes n'ont pas reparu (19 décembre). (Recueillie par M. Morin.)

Bien que l'emploi des toniques ait été continué, ajoute M. Morin, il est bien évident que le bromure de potassium a eu une action directe sur une maladie fort rebelle.

L'action sédative du bromure est trop évidente pour qu'on la puisse contester; nous ferons toutefois remarquer que ces trois observations sont des exemples seulement d'amélioration. La cessation des pertes séminales depuis dix-huit jours ne suffit pas pour inscrire le cas du malade de la première observation de M. Binet au nombre des faits de guérison; nous en avons pour preuve la troisième observation, dans laquelle nous voyons les pollutions reparaître, alors qu'elles avaient cessé depuis un mois. Le traitement, il est vrai, a été repris avec le même succès que la première fois; mais ce résultat prouve seulement la réalité de l'action spéciale du bromure de potassium. Reste à une observation suivie à montrer que l'impres-

sion médicamenteuse longtemps prolongée ne nuit pas au retour de la fonction génitale. La spermatorrhée ayant pour résultat d'amener l'impuissance, n'est-ce pas y ajouter une cause nouvelle que de faire choix d'un agent thérapeutique dont les effets spéciaux sont assez énergiques pour éteindre la fonction génitale chez des hommes dans toute la vigueur de l'âge? C'est du moins une contre-indication de l'emploi du bromure dans les cas où la spermatorrhée existe depuis de longues années, ou atteint des sujets déjà avancés en âge.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Camomille. *Son efficacité contre les suppurations graves.* La camomille romaine (*anthemis nobilis*) est un agent thérapeutique offrant des ressources réelles et trop dédaignées des praticiens de nos jours, nous avons eu déjà l'occasion de le dire. Mais aux propriétés connues de cette plante, on aurait à en ajouter une plus précieuse encore, puisque, d'après le docteur Ozanam, son emploi peut prévenir les suppurations et les empêcher quand le mal n'est pas trop avancé, ou bien encore les tarir quand le mal existe déjà depuis longtemps. Pour atteindre ce but, il faut administrer ce médicament à hautes doses, soit une infusion de 5, 10 et même 30 grammes de fleurs pour un litre d'eau à boire dans la journée, et l'on en continue l'emploi jusqu'à guérison complète. On peut en outre faire des applications locales du remède en recouvrant la partie malade avec des compresses imbibées. Elles soutiennent l'action médicamenteuse, mais n'en constituent pas l'effet principal, puisque celle-ci se développe déjà parfaitement sans leur secours. Aussi, faut-il considérer cette propriété de la camomille comme provenant d'une action générale sur l'économie et non comme le résultat d'une action locale. A l'appui de cette vertu spéciale, M. Ozanam cite quatre observations tirées de sa pratique. Ce nombre ne suffit pas pour trancher la question; mais la guérison qui termine tous ces faits graves doit encourager à suivre la voie ouverte par ce zélé médecin.

Nous comptons dans notre matière médicale bien peu d'agents capables de tarir les suppurations. La camomille à haute dose trouvera son indication dans la diathèse purulente des amputés, dans la fièvre puerpérale, dans les érysipèles phlegmoneux, partout enfin où il devient nécessaire de s'opposer à des suppurations trop abondantes ou trop prolongées. (*Compte rendu de l'Acad. des sciences*, décembre 1856.)

Cautérisation *transcurrente dans le traitement des tumeurs blanches*. La thérapeutique des tumeurs blanches a varié avec les idées que l'on s'est faites sur la nature et sur les lésions anatomo-pathologiques de cette affection. Mais des diverses méthodes qui ont été successivement préconisées, il en est peu qui aient compté autant de partisans que la cautérisation transcurrente. Alternativement reprise et abandonnée, elle a toujours fini par survivre aux fluctuations de l'opinion ; et aujourd'hui encore, malgré quelques résistances systématiques et abstraction faite de toute idée théorique sur son mode d'action, la cautérisation transcurrente est certainement la méthode qui donne le plus de garanties de guérison complète et durable. Voici quelques faits nouveaux qui tendent à justifier cette proposition. Ils sont dus à un chirurgien distingué, M. le docteur Notta de Lisieux, qui s'est livré sur ce point de thérapeutique chirurgicale à une étude expérimentale très assidue.

Avant d'exposer les résultats qu'il a constatés, il est utile de rappeler en peu de mots la manière dont il pratique la cautérisation.

Il se sert d'un fer en forme de hache, dont le tranchant est mousse et le dos très-épais, afin de contenir beaucoup de calorique ; une fois rougi à blanc, il le promène sur toute la longueur de l'articulation, en traçant des

lignes parallèles qui doivent être à 20 ou 25 millimètres l'une de l'autre. Le fer est passé lentement trois ou quatre fois dans la même raie, en ayant soin de ne pas appuyer fortement, afin de ne pas diviser la peau, mais pour y faire pénétrer le plus de calorique possible. Avant d'appliquer le fer rouge, le malade doit être anesthésié, soit par l'inhalation de chloroforme, soit par l'application toxique du mélange réfrigérant.

Voici quelques-uns des faits que M. Notta rapporte :

Dans une première observation, il s'agit d'une jeune femme de vingt-trois ans, lymphatique, affectée d'une tumeur blanche du genou droit, datant de sept ans. De nombreux traitements avaient été mis en usage ; mais la maladie allait toujours en s'aggravant d'une manière lente, mais continue. A l'époque où M. Notta la vit, le genou était tuméfié, donnant une sensation de fausse fluctuation, due à des fongosités ; la jambe était fléchie sur la cuisse, et il y avait un commencement de luxation du tibia en arrière, et la partie était le siége de douleurs vives, provoquées surtout par la pression Du 30 mars au 3 juillet, quatre cautérisations successives ; du 4 août au 20 septembre, une saison de bains de mer ; et au retour, une cinquième cautérisation, après laquelle la guérison est complète, mais avec ankylose.

Obs. II. Tumeur blanche du genou droit chez un homme de trente-un ans ; luxation incomplète du tibia en arrière ; douleurs extrêmement vives ; huit applications du fer rouge en sept mois, et un mois de bains de mer entre la septième et la huitième application. Guérison avec ankylose ; la marche n'est nullement douloureuse.

Obs. III. Tumeur blanche du genou droit chez un homme de vingt-huit ans ; sub-luxation du tibia en arrière. Douleur provoquée par la pression et les mouvements. Une seule application du feu ; guérison.

Obs. IV. Tumeur blanche du coude gauche chez un jeune homme de vingt ans, datant de deux ans. Une seule application du feu ; guérison avec ankylose à angle droit.

Obs. V. Tumeur blanche du poignet gauche chez une jeune fille de seize ans. Vésicatoires volants, deux applications du feu ; guérison avec conservation des mouvements.

Obs. VI. Tumeur blanche guérie par les raies de feu, pendant que la phthisie pulmonaire ruinait le malade, qui a fini par y succomber.

Obs. VII. Une première guérison est obtenue ; récidive huit mois après, sous l'influence de mauvaises conditions hygiéniques. Nouveau traitement ; mais la malade (enfant de douze ans) est emportée par une variole.

En résumé, dans tous les cas de guérison, la maladie était fort ancienne ; les lésions articulaires étaient graves, et la maladie, loin de s'amender, allait sans cesse s'aggravant. C'est donc bien au traitement seul, et non à la marche naturelle de la maladie, qu'il faut attribuer la guérison. (*Arch. gén. de méd.*, décembre 1857.)

Colique nerveuse *endémique des pays chauds enrayée par le sulfate de quinine.* La thérapeutique est la pierre de touche de la nature des maladies. On a beaucoup discuté pour savoir à quel ordre d'affections connues devait être rapportée la colique nerveuse endémique des pays chauds. Son analogie avec les fièvres larvées ou névralgies paludéennes est établie par les faits suivants qui, en même temps qu'ils jettent du jour sur cette difficile question de nosologie, ouvrent une voie nouvelle à la thérapeutique de cette grave affection.

Le sieur D..., âgé de vingt-quatre ans, ouvrier chauffeur à bord de la corvette à vapeur *le Primauguet*, à la station de l'Indo-Chine, s'est présenté à la visite le 15 août, accusant du malaise, des douleurs vagues dans l'abdomen, de l'anorexie et une grande tendance aux lipothymies ; la langue est large, blanchâtre ; les selles sont rares ; le pouls conserve son rhythme normal.

Le lendemain, malgré l'administration successive de deux purgatifs, les coliques sont devenues violentes, elles occupent tout l'intestin, en suivant surtout la direction du colon. La pression des doigts exaspère la douleur et une compression assez forte semble la soulager. Le ventre a conservé sa conformation naturelle. Il y a des éructations, des nausées, puis des vomissements bilieux d'un vert prononcé. La soif est médiocre. L'émisssion de l'urine est suspendue ; anxiété précordiale, oppression, pouls faible, régulier, expression de souffrance. (Extrait de belladone.)

Le 17, au soir, les douleurs sont atroces, le malade se livre à des mouvements inconsidérés et prend les positions les plus bizarres ; il appelle la

mort à grands cris. Les exacerbations se suivent presque sans interruption ; les douleurs des membres continuent. — A cinq heures, 1 gramme de sulfate de quinine en solution est administré, en trois prises, à dix minutes d'intervalle. *Immédiatement* les douleurs cessent ; il ne reste plus qu'une sensibilité générale de l'abdomen ; le malade tombe dans un état de somnolence remarquable et prend un peu de sommeil. Il y a émission d'urine. Le pouls et la chaleur de la peau s'élèvent sensiblement.

Quatre heures après environ, les coliques reparaissent et deviennent bientôt aussi violentes qu'auparavant. Les bains, ventouses, cataplasmes employés alternativement, ne procurent qu'un soulagement momentané.

Le 18, les douleurs sont atroces, presque continues ; pas de selle, pas d'urine. Les bains, ventouses, etc., n'ont plus qu'un effet peu marqué, presque nul. Une potion avec 0gr.,15 d'huile de croton-tiglium, administrée en quatre fois, est vomie presque immédiatement.

A onze heures et demie du matin, au milieu d'un paroxysme effrayant, un gramme de sulfate de quinine est donné en solution, en trois prises, à dix minutes d'intervalle. Dès la première cuillerée, les douleurs cessent, le malade tombe dans la somnolence ; le pouls se relève ; nouvelle émission d'urines ; quelques efforts de défécation inutiles.

Cet état de calme dure près de quatre heures, comme la première fois, un peu d'agitation se manifeste alors, et bientôt les coliques recommencent ; mais 0gr.,25 de sulfate de quinine les apaisent sur-le-champ.

L'administration du sulfate de quinine est ensuite continuée, à petites doses, de demi-heure en demi-heure ; les coliques ne reparaissent pas ; l'excrétion continue ; pas de selle.

Vers dix heures du soir, le sulfate de quinine ayant été suspendu, les douleurs abdominales reparaissent.

Un nouveau gramme de sulfate de quinine est donné en potion, par cuillerée, de manière à durer à peu près toute la nuit. Les douleurs disparaissent encore comme par enchantement, et le bien-être se maintient pendant toute la nuit.

Le 19, le malade n'éprouve qu'un endolorissement vague de l'abdomen, augmentant à la pression, et des douleurs contusives dans les bras et les jambes. (1 gramme de sulfate de quinine à petites doses ; lavement huileux.)

Une *selle* (la première) a lieu dans la matinée ; sorties fréquentes de gaz par l'anus ; grand soulagement.

Vers dix heures du soir, le malade recommence à faire entendre quelques plaintes. Les douleurs augmentent à trois heures du matin.

Le 20, même état persistant depuis la veille au soir ; pas de nouvelle selle (0gr.,20 de sulf. de quinine). Aussitôt les douleurs cessent et le malade est pris de sommeil. Cet état se prolonge jusqu'à onze heures, et est encore prolongé de 0gr.,20 de sulfate de quinine. — Un gramme d'aloès administré dans l'après-midi provoque une selle molle. (Le soir, une nouvelle dose de sulfate de quinine de 0gr.,20.)

Le 21, le mieux continue. Aloès et sulfate de quinine, 1 gramme de chaque, à prendre d'heure en heure.

Le 22, nuit excellente ; retour de l'appétit ; sensibilité abdominale et douleurs des membres diminuées ; selle molle copieuse. (Sulfate de quinine, 0gr.,60.)

A dater du 23, le malade est en pleine convalescence. Un régime fortifiant lui est prescrit et quelques doses de sulfate de quinine lui sont administrées de loin en loin. A l'époque où cette observation a été publiée, au mois de décembre, le malade était entièrement rétabli. (*Union méd.*, décembre 1857.)

Constipation (*Thé de Saint-Germain, remède contre la*). Des préparations conseillées par les médecins du siècle dernier, et notamment par Hufeland, contre la constipation habituelle, une des plus sûres et des plus constamment efficaces, selon le professeur Tessier (de Lyon), est le thé de Saint-Germain. Aucun de nos traités de thérapeutique et de médecine pratique français n'en faisant mention, nous croyons devoir reproduire cette formule, qui mérite d'être souvent mise en usage.

Pr.	Fleurs de sureau....	20 grammes.
	Semences de fenouil.	5 grammes.
	Semences de buis...	5 grammes.
	Crème de tartre.....	5 grammes.
	Feuilles de séné......	25 grammes.

On fait macérer pendant vingt-quatre heures le séné dans l'alcool et on laisse évaporer sans chaleur. On mêle ensuite ces substances et on divise en paquets de 5 grammes. Chaque matin le malade boit une tasse d'infusion préparée avec un de ces paquets. Cou-

tinué pendant un certain temps, ce moyen bien simple et très-innocent régularise les selles, sans causer de coliques ordinairement. Depuis dix années que M. Tessier en fait usage, il a fait souvent cesser des constipations rebelles, et contre lesquelles tous les autres moyens avaient échoué. (*Gaz. méd. de Lyon*, déc. 1857.)

Eczémas chroniques *des enfants. De leur traitement local spécialement par l'emploi du savon d'huile de foie de morue.* Dans le traitement des affections chroniques de la peau, se borner aux applications topiques, ce serait exposer son petit malade à subir des accidents graves, et M. Behrend débute par en fournir des exemples. Mais ces restrictions faites, l'auteur attache une grande importance au traitement local, sans lequel toutes les médications internes resteraient inefficaces.

Les applications topiques doivent avoir pour but de faire tomber les croûtes, de combattre l'état inflammatoire de la peau et de la ramener à son état normal. On peut faire tomber les croûtes par l'emploi des cataplasmes ou des fomentations. Avant d'appliquer les cataplasmes, on a recours aux fomentations, qui se pratiquent de la manière suivante : on fait dissoudre 4 grammes de potasse ordinaire ou de soude dans 200 ou 250 grammes d'eau, et on en imbibe les linges dont on entoure la partie malade ; on recouvre ces linges mouillés d'un linge sec, qu'on entoure ensuite de toile cirée. On renouvelle ce pansement toutes les deux ou trois heures. Quand l'eczéma siége sur un point où le pansement précédent ne pourrait être appliqué, à la face, par exemple, ou sur la tête, on a recours à un liniment d'huile de foie de morue ainsi formulé :

Huile de foie de morue.......... 30 gr.
Carbonate de potasse ou de soude. 3 gr.

Matin et soir, on enduit les croûtes avec un pinceau imprégné du mélange ci-dessus, après avoir fait laver les parties malades avec la solution alcaline destinée aux fomentations.

Quand la peau est bien nettoyée, ce qui arrive au bout de huit à quinze jours, quelquefois seulement au bout de trois ou quatre semaines, on s'occupe de combattre l'inflammation cutanée. Un des meilleurs moyens consiste dans l'emploi d'une infusion de camomille, à laquelle on a ajouté, par 500 grammes d'infusion, 4 grammes d'extrait de saturne et 4 grammes d'acétate de zinc. Si la peau est hérissée de petits tubercules, on réprime ceux-ci avec le crayon de nitrate d'argent.

On remplit la troisième indication, celle qui consiste à rétablir la peau dans son état normal, par des purgatifs, des vésicatoires appliqués loin du siége du mal, par des altérants (antimoine et calomel, par exemple), ou par une médication spécifique (iodure de potassium, huile de foie de morue). On y joint un régime rafraîchissant, l'air de la campagne ou de la mer, l'exercice, etc. On peut ajouter encore à l'emploi de ces moyens l'emploi de l'alun, du sulfate de zinc ou de fer, le goudron, l'huile de cade, etc., substances qui modifient la vitalité de la peau. (*Journ. für Kinden* et *Gaz. méd.*, janvier 1857.)

Hémorrhagie utérine *pendant la grossesse. — Influence de la position.* Une femme accouchée en 1852, à sept mois de grossesse, d'une fille morte, devint enceinte pour la deuxième fois au mois d'août 1853. Le 17 octobre, à un mois et demi de grossesse, survient une hémorrhagie assez inquiétante pour faire craindre un avortement. Les accidents avaient disparu sous l'influence d'un traitement approprié, lorsque le 7 novembre suivant, cette femme fait une chute et voit reparaître la perte, contre laquelle les moyens ordinaires suffisent encore. Quelques jours après, nouvelle chute et retour de l'hémorrhagie; mais cette fois, malgré tout ce que l'on put faire, rien ne put arrêter le sang que le repos au lit; la perte reparaissait toutes les fois que la malade essayait de se lever. Il lui fut prescrit de garder constamment le lit pendant les derniers mois de la grossesse, qui arriva à terme. La veille de l'accouchement, une forte hémorrhagie se déclare, le travail s'établit lentement, et chaque contraction augmente l'intensité de l'hémorrhagie. Le médecin, après avoir vainement attendu l'assistance d'un confrère, pratique l'accouchement. Le placenta était inséré à gauche de l'orifice. L'enfant était dans un état d'asphyxie presque complet; néanmoins on put le rappeler à la vie. L'utérus se contractait : tout paraissait aller pour le mieux, lorsque deux heures et demie après l'accouchement une effrayante hémorrhagie se déclare. L'introduction réitérée de la main dans la cavité utérine, la titillation de la

surface interne, la compression de l'aorte à travers les parois abdominales, tout est inutile. Cependant le pouls devient insensible, et la malade est dans un état de mort apparente. Ce n'est qu'après avoir fait fortement exhausser le siége et avoir introduit des glaçons dans le vagin, que l'hémorrhagie s'est suspendue et que les symptômes alarmants ont peu à peu disparu.

Il y a lieu de se demander si ce n'est pas à l'implantation du placenta à la partie la plus déclive de l'utérus que doit être attribuée la persistance de l'hémorrhagie depuis le troisième mois, se manifestant toutes les fois que la malade était debout, se tarissant au contraire dès qu'elle était horizontalement couchée. Ce fait viendrait à l'appui de l'ingénieuse théorie de M. Jacquemier, qui veut que la stase sanguine produite par la compression de l'enfant sur le placenta placé à la partie la plus déclive, soit suffisante pour produire l'hémorrhagie avant le sixième mois. Quoi qu'il en soit, l'influence heureuse de la position sur l'hémorrhagie ressort manifestement de cette observation. (*Bulletin de la Société de médecine de Marseille.*)

Méningite cérébrale aiguë (*Huile de croton-tiglium en frictions sur le cuir chevelu dans le traitement de la*). Nous avons signalé dans le temps à l'attention de nos lecteurs les bons effets des frictions stibiées sur le cuir chevelu dans le traitement de la méningite, préconisées, il y a une dizaine d'années, par M. le docteur Hahn, d'Aix-la-Chapelle (Voir *Bulletin*, t. XXXVII, p. 54). Les observations rapportées par cet habile confrère témoignent de l'action énergique et de l'efficacité de ce mode de traitement, mais elles laissent regretter en même temps ce qu'il y a de dur et de cruel par l'intensité des douleurs qu'il provoque. La pustulation produite par l'huile de croton-tiglium est généralement beaucoup plus douce et beaucoup mieux supportée par les malades. Il y aurait donc un grand avantage à lui donner la préférence, si l'expérience établissait que son action fût aussi énergique que celle de la pustulation par la pommade stibiée. C'est ce que le fait suivant, observé dans le service de M. le docteur Henriette, à l'hôpital Saint-Pierre, de Bruxelles, tend à démontrer.

Une petite fille de cinq ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution faible, entre à l'hôpital Saint-Pierre le 3 novembre 1857. Le 4, lors de la visite de M. Henriette, on constate les symptômes suivants : physionomie égarée, grand état d'agitation ; la tête se balance involontairement de droite à gauche ; les yeux sont ternes, sans expression ; les sclérotiques sont injectées. On apprend que pendant la nuit la malade ne goûte aucun repos. Questionnée, celle-ci ne répond pas et ne semble pas avoir la conscience de ce qui se passe autour d'elle ; le bras gauche est fortement contracturé, le pouce est fléchi dans la paume de la main. La face est parfois pâle, parfois elle se couvre d'une rougeur vive qui se circonscrit aux pommettes. La peau est brûlante, le pouls est petit, irrégulier et fréquent. La respiration est inégale, accélérée, suspirieuse. Il ne se manifeste plus le moindre désir de prendre des aliments ; la déglutition s'opère avec difficulté, la langue et les lèvres sont sèches, fuligineuses ; point de vomissements ; il y a seulement quelques selles diarrhéiques. Le ventre est indolore. Point de pétéchies, aucune tache rosée, peu de gargouillement.

D'après ces symptômes, M. Henriette diagnostique une méningite aiguë et a recours à la médication suivante :

Pr. Calomel.............. 40 centigr.
Rhubarbe en poudre... 1 gramme.

divisés en huit doses et à prendre en paquet toutes les heures.

Pendant que l'on administrait ces poudres à l'intérieur, des friction avec l'huile de croton sont pratiquées sur la peau du crâne préalablement rasée. Pour compléter le traitement, on recommande l'éloignement du bruit, une demi-obscurité, une position élevée de la tête, des boissons fraîches, ainsi qu'une diète absolue.

Le 5 novembre, la malade est assoupie, elle a eu cinq ou six selles diarrhéiques. La peau du crâne est fortement rougie. (Frictions avec l'huile de croton.)

Le 6, légère amélioration ; la malade est plus calme, les yeux ont repris de l'expression, les contractures ont cessé, la fièvre a diminué, la peau du crâne est recouverte d'une éruption confluente.

Le 7, les symptômes cérébraux ont presque disparu. Retour de l'intelligence et de l'appétit ; nuit bonne.

Le 8 et les jours suivants, l'amélioration progresse, toutes les fonctions tendent à revenir à l'état normal. A partir de ce moment, la jeune ma-

lade entre franchement en convalescence.

L'efficacité des onctions avec l'huile de croton ne paraît pas douteuse dans ce cas, et c'est une précieuse indication que les praticiens devront saisir désormais. Toutefois, nous devons faire remarquer qu'il ne ressort pas encore de ce fait la preuve que la pustulation par l'huile de croton soit aussi énergique que celle de la pommade stibiée, et qu'elle puisse lui être substituée avec une entière confiance ; car il s'agissait ici d'une méningite aiguë simple, tandis que dans les cas où M. Hahn a opposé la pommade stibiée, il s'agissait de méningites tuberculeuses bien autrement rebelles. (*Presse médicale belge*, décembre 1857.)

Syphilis (*Essais d'un nouveau sel de mercure, l'oléo-stéarate, dans le traitement de la*). Jusqu'ici, pour les usages thérapeutiques, les expérimentateurs ont toujours recherché les formes pharmaceutiques qui favorisaient la plus prompte et la plus complète absorption des agents médicamenteux par le ventricule gastrique. Dans un mémoire lu récemment à l'Académie de médecine sur l'émulsionnement des corps gras par les carbonates alcalins, deux savants pharmaciens de l'armée, MM. Jeannel et Monsel, ont été conduits à étudier l'action des corps gras comme véhicules des bases minérales et organiques et, à la suite d'expériences sur les animaux, n'ont pas hésité à proposer toute une nouvelle série de sels nouveaux, les *oléo-stéarates*, dont l'absorption est confiée au duodénum. Ces sels s'obtiennent soit directement, par la dissolution de la base dans les acides gras, soit par double décomposition, en traitant les sels métalliques solubles par les solutions de savon. Les questions soulevées par le mémoire de MM. Jeannel et Monsel étaient trop graves pour que nous ayons cru pouvoir en aborder l'étude avant la publication des essais qui étaient tentés dans les hôpitaux de Bordeaux. Voici les résultats de ceux tentés par M. Vénot, chirurgien en chef de l'hôpital des Vénériens, avec l'*oléo-stéarate de mercure*. La première préparation expérimentée par ce chirurgien est une pommade qu'il désigne sous le nom de *pommade bordelaise*, par opposition à celui de *pommade napolitaine*, donné à l'onguent mercuriel ; elle est constituée dans les proportions suivantes :

Axonge	4 grammes.
Oléo-stéarate de merc.	1 gramme.

Cette pommade est d'une couleur blanche tirant sur le jaune ; d'une consistance molle, onctueuse ; d'une odeur un peu mercurielle qu'il est, du reste, facile de masquer par quelque essence ; d'une saveur graisseuse. Elle ne tache pas les linges ni les chairs sur lesquelles on l'applique ; n'irrite pas les surfaces dénudées, en calme au contraire le prurit et la douleur ; est assez promptement absorbée ; ne laisse aucun résidu pseudo-métallique ou gras sur les bords de l'ulcère. — Employée sur un total de deux cents malades, son application topique a fourni d'excellents résultats dans les cas d'ulcérations primitives, de chancres mous, de tubercules, d'ecthymas, etc. Le pansement, régulièrement fait sur plumasseaux ou en onctions directes, a constamment, dit M. Vénot, modifié les surfaces, diminué l'éréthisme, facilité la sécrétion purulente, nettoyé les anfractuosités et, après quelques jours, favorisé le rapprochement des bords et déterminé la cicatrice en général dans un temps plus court que celui des mêmes accidents, pansés en regard, avec la pommade napolitaine. De l'exposé clinique de M. Vénot, il résulte, toutefois, que si la pommade à l'oléo-stéarate de mercure est d'un contact moins douloureux pour les surfaces dénudées, son action résolutive est moins prononcée que celle dont jouit l'onguent mercuriel ou la pommade à l'iodure de plomb, lorsque la peau est intacte, dans les cas de bubons, d'orchites, par exemple.

L'usage de l'oléo-stéarate de mercure à l'intérieur se fait sous forme pilulaire. En voici la formule :

Oléo-stéarate de mercure	25 milligr.
Beurre frais	25 milligr.
Savon amygdalin	100 milligr.
Poudre de réglisse	30 milligr.

(Pour une pilule qu'on pourra argenter.)

« Dans les trois périodes de la syphilis, dit M. Vénot, nous avons prescrit ce médicament avec la chance certaine d'un succès journellement obtenu, à la dose d'une, matin et soir, puis de deux, dans les accidents ulcératifs primaires ; nous les administrons de préférence chez les femmes, les hommes lymphatiques que la liqueur de Van Swieten fatigue et à qui

répugne la saveur métallique de cette solution de bichlorure. Dans les accidents secondaires, nous les faisons marcher de pair avec les pilules de proto-iodure, qui, du reste, sont la ressource spéciale de la médication du second degré. Certes, nous ne prétendons atténuer en rien la valeur thérapeutique d'un sel si favorablement approprié aux formes de la vérole secondaire; mais, qu'on veuille bien admettre avec nous que lorsque le proto-iodure est très-difficilement toléré, que des accidents de gastricité se développent sous son influence, et qu'il faut suspendre la médication iodo-mercurielle, on est heureux d'avoir, dans ces circonstances, plus fréquentes qu'on ne le croit généralement, un succédané, un suppléant inoffensif terminant avec efficacité une médication forcément interrompue. »

Tels sont les résultats des premiers essais; ils prouvent que l'oléo-stéarate de mercure est un des sels les mieux tolérés par l'économie, mais ne tranchent pas les questions soulevées par la place qu'il faut lui donner parmi les agents thérapeutiques spéciaux de la vérole et celle non moins difficile d'établir la prééminence de l'absorption intestinale sur l'absorption stomacale, dans le traitement des maladies spécifiques. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, décembre 1857.)

VARIÉTÉS.

Aux prix mentionnés dans le programme de l'Académie, nous avons à ajouter celui institué par la famille de M. Amussat.—M. Alph. Amussat vient d'informer l'Académie que, dans le but d'honorer la mémoire de son père, il avait signé, conjointement avec ses cohéritiers, l'acte par lequel les membres de sa famille faisaient don à l'Académie d'une rente annuelle de 500 francs pour la fondation d'un prix de chirurgie. A cette occasion, l'honorable secrétaire général a donné lecture de la partie de cet acte, relative aux charges et conditions, qui sont les suivantes :

1° La rente dont il s'agit sera affectée à la fondation d'un prix, dit de chirurgie expérimentale, à décerner tous les deux ans par l'Académie à l'auteur des recherches, basées simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale. Toutefois, dans le cas où ladite rente viendrait à être réduite, l'Académie pourrait ne décerner ce prix que tous les trois ans, jusqu'à ce que les économies faites sur les arrérages permettent de les ramener à son chiffre normal de 500 francs.

2° Les candidats seront libres de se faire connaître, de choisir le sujet de leur travail et de le présenter au concours, manuscrit ou imprimé.

3° Dans le cas où parmi les travaux présentés au concours, l'Académie ne jugerait pas qu'il s'en trouvât un qui méritât le prix, elle pourrait soit ajourner le prix à un ou deux ans, en cumulant la somme, ou la partager aux auteurs qui, sans mériter le prix, lui paraîtraient les plus dignes d'encouragements.

4° Ne sont point admis au concours, pour le prix de chirurgie expérimentale, les travaux qui auraient antérieurement obtenu un prix ou une récompense, soit à l'un des concours ouverts, sous un autre titre, à l'Académie de médecine, soit à l'un des concours de l'Académie des sciences. Mais ceux qui n'auraient obtenu que des encouragements pourront être admis, à la condition d'avoir été depuis poursuivis et complétés.

5° Les frais des présentes et tous ceux auxquels elles pourront donner lieu seront supportés par les donateurs, etc.

Le docteur Tribes vient d'être nommé chirurgien en chef des hôpitaux de Nîmes.

MM. Nowion et Viala, à la suite d'un concours, viennent d'être nommés pharmaciens des hôpitaux de Paris.

Le corps médical de l'armée vient de perdre un de ses membres les plus éminents, M. le docteur Baudens, inspecteur général et membre du Conseil de santé.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Coup d'œil sur les travaux publiés pendant l'année 1857 par le *Bulletin de Thérapeutique* [1].

Une maladie bien moins grave que celles qui précèdent, et qui, par cela même qu'elle n'est point un obstacle à la permanence de la vie, est un peu négligée des médecins, c'est la migraine. Nous croyons avoir trouvé, non assurément le remède spécifique de cette cruelle névrose, mais du moins un moyen propre, dans certaines conditions, à en atténuer, sinon à en faire disparaître les atteintes périodiques. Nous avons dit à ce sujet simplement ce qu'une expérience déjà assez longue nous a enseigné : c'est à nos confrères de vérifier nos affirmations au contact des faits.

De même nous appellerons leur concours intelligent pour vérifier les affirmations si explicites d'un médecin anglais, M. le docteur Bayes, médecin du dispensaire de Brighton, relativement à l'efficacité vraiment merveilleuse de l'acide gallique dans un certain nombre de maladies, et spécialement dans le pyrosis. Depuis quelque temps les médecins anglais appliquent à toutes les dyspepsies une médication uniforme; et cette médication, outre le régime, consiste uniquement en l'ingestion dans l'estomac de l'acide chlorhydrique dilué à doses très-fractionnées. M. le professeur Trousseau, et nous avons eu occasion de le signaler dans notre Bulletin des hôpitaux, paraît s'être plus d'une fois et très-heureusement inspiré de l'idée anglaise. M. le professeur Chomel, qui, lui aussi, a expérimenté cette méthode, conteste au contraire son efficacité, dans le Traité des gastralgies qu'il vient de publier. Nous le confesserons humblement, cette question ne nous paraît pas encore résolue. Toutefois, les faits nombreux que paraît avoir observés M. Bayes, et où il s'agit de l'ingestion d'un acide dans le principal organe de la digestion, pour combattre une forme déterminée de la dyspepsie; ces faits, disons-nous, rapprochés de la pratique anglaise, dont nous parlions tout à l'heure, nous paraissent dignes de fixer l'attention des praticiens; c'est cette considération qui nous a tout d'abord décidé à publier le travail de l'honorable médecin de Brighton, et qui, dans ce moment même, nous engage à le rappeler succinctement dans ce résumé rapide.

Nous ne ferons que mentionner des observations intéressantes, rapportées par M. Oscar Masson, sur l'application de la glace dans

---

[1] Fin. — Voir la livraison précédente, p. 5.

le traitement de l'occlusion intestinale, et des remarques fort judicieuses présentées par notre savant collaborateur, M. Delioux, sur le mode d'emploi de l'opium et des huiles essentielles, pour assurer la tolérance et l'efficacité des antimoniaux à hautes doses dans les maladies qui appellent cette pratique. Nous insisterons un peu plus sur un travail de M. Silbert (d'Aix), qui a trait à la détermination de l'époque à laquelle on doit pratiquer la saignée dans la grossesse : c'est là une question qui se présente à résoudre tous les jours dans la pratique. On a beaucoup parlé, dans ces derniers temps, de l'anémie de la grossesse. Il est sorti de cette enquête, dirigée par des hommes rompus à l'observation, un enseignement d'une extrême importance, à savoir que cette anémie est un fait réel, incontestable. Mais n'a-t-on pas exagéré ce fait ? N'a-t-on pas, dans la formule générale sous laquelle on l'a présenté, un peu oublié cette réserve, qui faisait dire à Baglivi : *Scribo sub ære romano ?* nous ne savons ; mais M. Silbert paraît le savoir mieux que nous ; car il examine la question qu'il s'est posée, comme si l'anémie, dans la grossesse, était beaucoup moins fréquente qu'on ne l'a dit. Dans tous les cas, on ne peut que souscrire aux judicieux préceptes qu'il pose à cet égard, et qu'il a développés avec la méthode et la lucidité qu'on s'est déjà plu à signaler dans les ouvrages de ce médecin distingué.

Enfin, et c'est par là que nous terminons ce qui touche à la thérapeutique médicale, nous rappellerons un travail remarquable de M. Aran, et dans lequel cet excellent observateur montre le parti qu'on peut tirer de l'application topique de l'opium dans les maladies douloureuses de la matrice. Depuis les cataplasmes intra-vaginaux de Lisfranc jusqu'au cathétérisme de l'utérus de Valleix, nombreux ont été les moyens qu'on a tour à tour préconisés pour combattre l'hypéresthésie de la matrice dans diverses affections de cet organe où se montre cette exaltation de la sensibilité. Mais la plupart de ces moyens sont ou dangereux, ou inutiles, ou d'une efficacité douteuse. En reprenant cette question, le laborieux médecin de l'hôpital Saint-Antoine a prouvé une fois de plus qu'il sait les *desiderata* de la thérapeutique, et, ce qui vaut mieux encore, qu'il s'applique sérieusement à les faire disparaître. Les faits nombreux qu'il cite, et ceux plus nombreux encore qu'il a observés, soit dans sa pratique nosocomiale, soit dans sa clientèle particulière, nous paraissent établir positivement l'efficacité de l'application topique du laudanum dans diverses affections utérines. On pourrait supposer que cette méthode ne conduit qu'à des résultats temporaires, qu'il faut, par conséquent, soumettre tous les jours les femmes à une opé-

ration, que beaucoup d'entre elles ne supportent qu'avec une extrême répugnance. Mais il n'en est pas ainsi, dans tous les cas au moins. Quand l'hypéresthésie utérine n'est pas sous la dépendance d'une lésion organique inamovible, comme le cancer, par exemple, on arrive souvent par cette méthode à faire taire, pendant un assez long temps, la sensibilité morbide de l'appareil utérin. Dans quelques cas même, cette sensibilité anormale disparaît irrévocablement.

Nous pourrions ajouter à ce tableau des travaux de l'ordre médical, que le *Bulletin général de Thérapeutique* a insérés dans ses colonnes durant l'année qui vient de s'écouler, beaucoup d'autres travaux, plus ou moins étendus, au bas desquels se lisent les noms recommandables de MM. Briquet, Mandl, Guépin, Borel, Guinier, Marcotte, Harveng de Manheim, de Larue, Vaulpré, Lecointe, Rouzier-Joly, Paris, Hervé, etc., etc.; mais nous voulons nous hâter, et placer à côté du tableau précédent celui non moins intéressant des contributions du *Bulletin général de Thérapeutique* à la pratique chirurgicale, pendant le même espace de temps.

Une des premières questions de cet ordre qui a dû principalement appeler notre attention, ç'a été celle du traitement des kystes de l'ovaire par les injections iodées. Tout le monde se rappelle encore la longue discussion que cette question a soulevée au sein de l'Académie impériale de médecine. Comme il arrive presque toujours, en pareille circonstance, la conclusion pratique qui devait sortir de cette discussion, rendue un peu confuse par la richesse même, l'abondance des observations contradictoires citées de part et d'autre, cette conclusion, disons-nous, ne se présentait pas d'elle-même à tous les esprits. Dans cet état, nous appuyant à la fois et sur les résultats importants de cette discussion et sur notre expérience personnelle, nous nous sommes appliqué à en faire sortir quelques enseignements nets et précis. Nous ne résumerons pas ce résumé; qu'on nous permette de nous contenter de le rappeler au souvenir de nos lecteurs.

Nous ne ferons également que rappeler nos propres observations, et celles que nous fournit la pratique nosocomiale de quelques chirurgiens distingués sur un nouvel anesthésique, que les premiers nous avons fait connaître en France, l'amylène. Il ne nous coûte nullement de reconnaître, maintenant que les faits ont parlé, que cet anesthésique n'est pas plus infaillible que les autres pour préserver de catastrophes funestes l'organisme auquel il est appliqué ; mais jusqu'à ce que l'expérience ait ébranlé une conviction qui, elle aussi, repose sur des faits, nous persistons à croire que l'amylène, par son action rapide

sur l'économie, peut être utilement employé dans un certain nombre de cas; ceux, par exemple, où il s'agit d'une opération de peu de durée, et qui semble appeler une anesthésie rapide et courte comme elle. Toutefois, qu'on se garde bien d'oublier qu'il s'agit ici d'un agent d'une extrême énergie sur le système nerveux, et que, sous peine d'accidents terribles, il faut en surveiller l'action avec la plus scrupuleuse attention.

Entre toutes les maladies, il en est une qui, pour les pauvres femmes qu'elle atteint, est un sujet de profond désespoir; c'est celle dans laquelle une communication fistuleuse s'établit entre le vagin et la vessie, ou bien entre l'anus et le vagin. Déjà, l'an dernier, nous avons rappelé le remarquable travail de M. le professeur J. Cloquet, et nous avons montré que la cautérisation, pratiquée suivant la méthode de ce savant professeur, constituait évidemment le traitement le plus sûr pour combattre cette affreuse infirmité. Nous avons cette année poursuivi la même idée, et nous nous sommes efforcé d'établir que cette cautérisation peut s'appliquer utilement à la fistule vésico-vaginale, comme à la division congéniale du palais, comme à la fistule vagino-rectale. Quelque simple et quelque peu douloureuse que soit cette cautérisation, elle effraye, par cela seul que le feu en est l'agent, un grand nombre de femmes, qui s'y refusent absolument; en vue de s'affranchir de cette cause de répulsion, on a essayé de substituer au cautère potentiel la cautérisation électrique, et des faits semblent prouver que cette substitution peut se faire sans désavantage pour le travail de réparation qu'on se propose ici comme moyen de curation radicale. C'est donc encore un progrès que nous sommes heureux de constater, et nous devons nous féliciter que le *Bulletin général de Thérapeutique* en ait été le promoteur.

Nous rapprocherons de ce travail celui que nous devons à M. Goyrand (d'Aix), et qui est relatif à l'atrésie de l'anus. Cette infirmité congéniale a été, au sein de la Société de chirurgie, l'objet d'une description pleine d'intérêt : notre savant collaborateur a résumé avec une courtoisie parfaite, mais avec une grande indépendance, cette discussion, et il a proposé lui-même ses propres idées. Ce sont là de sages préceptes, et qui ne peuvent qu'assurer à cette opération des premiers jours de la vie le résultat qu'elle se propose, tout en permettant d'en éviter les inconvénients possibles.

Une question, dont la solution importe bien plus à la pratique que celle-ci, est celle qui se pose à propos du traitement des abcès par congestion. Un fait que beaucoup ont observé, que nous avons

observé nous-même, domine cette question ; ce fait, c'est la résorption spontanée possible, et assez fréquente même, de ces sortes d'abcès. Ainsi qu'on l'a remarqué avec raison, c'est une chose étrange qu'un fait de cette portée ait été à peine signalé dans les annales de la science écrite, jusqu'à ce que M. Bouvier en ait fait l'objet d'une communication extrêmement intéressante à l'Académie des sciences. M. Ambroise Pain s'est chargé de mettre en relief dans le *Bulletin de Thérapeutique* cette observation, dont la portée n'échappera à personne ; mais il ne s'est pas contenté de démontrer ce résultat authentique d'une expérience attentive, il l'a commenté, et s'est efforcé d'établir que l'on peut heureusement aider la nature dans ce travail de réparation, en profitant de son consentement, suivant une expression célèbre, pour introduire par la voie de l'absorption les modifications puissantes que commandent dans ce cas, et l'état général des malades, et le traumatisme grave auquel a abouti celui-ci. Avec le savant médecin de l'hôpital des Enfants, M. Bouvier, répétons donc comme M. Pain : « Nous reconnaissons que ces faits ouvrent à l'expectation, à la médication de l'absorption par les modificateurs lents de l'économie, un horizon plus large que celui qu'on lui fait généralement ; peut-être donneront-ils le secret de beaucoup de succès dont l'honneur est attribué à une méthode nouvelle, celle des injections iodées. »

Enfin, M. le professeur Bonnet, de Lyon, dont nous sommes fier que notre journal soit souvent l'organe, a touché cette année, dans ce recueil, à une question d'une immense portée.

Il s'agit ici de l'emploi des lunettes, considéré dans ses rapports avec les troubles de la vision. Les principaux troubles de la vision qu'a surtout en vue M. le professeur Bonnet sont la presbytie, la myopie, la kopyopie, l'amblyopie et l'amaurose. En exposant ses idées sur ce point important de thérapeutique, l'auteur s'étonne avec raison que les oculistes, qui ont demandé à la nature médicale une foule d'excitants spéciaux, pour rendre à la vue ses fonctions normales, n'aient point songé à l'excitant le plus naturel de cette fonction, la lumière. Dans l'opinion de l'illustre chirurgien de Lyon, en modifiant la force de réfringence de l'appareil optique, comme en variant l'intensité de la lumière et la durée de son action sur la rétine, on peut arriver au but qu'il s'agit d'atteindre dans les maladies diverses que nous venons de rappeler. Les expériences de M. Bonnet, il est le premier à le reconnaître, ne sont ni assez nombreuses, ni assez décisives, pour qu'il ose rien affirmer à cet égard ; mais cette gymnastique oculaire lui paraît si ra-

tionnelle, qu'il n'hésite pas à prédire à son application soutenue, intelligente, éclairée, d'heureux résultats. Voilà donc encore une question neuve à l'étude ; que tous les hommes amis du progrès marchent dans la voie tracée, et peut-être parviendront-ils à donner à cette partie de la thérapeutique une impulsion utile.

Dans cette esquisse rapide des principaux travaux, relatifs à la thérapeutique chirurgicale, publiés par le *Bulletin* pendant le cours de l'année 1857, nous avons voulu, comme pour la thérapeutique médicale, mettre surtout en relief les principales conclusions pratiques et immédiatement applicables, auxquelles leurs nombreux auteurs sont arrivés. Nous aurions pu étendre beaucoup cette énumération, mais ici encore nous avons dû nous borner.

En nous livrant chaque année à une récapitulation sommaire des travaux publiés par le *Bulletin général de Thérapeutique médicale et chirurgicale*, nous avons moins encore pour but de faire la part de nos zélés et intelligents coopérateurs dans le mouvement annuel de la science, que de résumer en quelques pages, et au profit de nos lecteurs, les conclusions pratiques les plus importantes qui ressortent de ces travaux. C'est ainsi que les notions les plus saines parviennent immédiatement à se généraliser, et que la pratique de quelques-uns, plus heureusement inspirés, ou mieux servis par les circonstances, tend à devenir la pratique de tous.

Recherches sur la colique de plomb simple et sur un nouveau mode de traitement de cette maladie ; l'électrisation cutanée.

Nous avons publié, dans notre livraison du 15 août dernier, une note de M. Briquet sur le traitement de la colique de plomb par l'emploi de l'alun et de l'acide sulfurique. L'auteur terminait son article par cette remarque, « que la rétention des matières dans le tube intestinal n'a aucune influence sur les douleurs intenses qu'éprouvent les malades ; qu'enfin, si la méthode du traitement dit *chimique* repose sur une hypothèse, il est certain que la méthode par les purgatifs repose sur une erreur » (*Bulletin de Thérap.*, t. LIII, p. 97). Depuis cette époque, le laborieux médecin de la Charité a poursuivi son étude pathologique de la colique de plomb, et, dans un intéressant Mémoire qu'il vient de lire à l'Académie de médecine, il précise le siége des douleurs qui résultent de l'intoxication plombique.

La localisation de ces douleurs dans les muscles de la paroi abdominale ont conduit M. Briquet à combattre cette hypéresthésie

musculaire par l'électrisation localisée. Nous devons compte à nos abonnés de la fin des recherches de M. Briquet ; mais, avant de mettre sous leurs yeux un extrait de sa lecture, nous devons redresser une erreur commise dans la formule de la limonade sulfurique, recommandée dans son premier travail. La dose de 4 grammes d'acide qui s'y trouve mentionnée est trop considérable et doit être réduite de moitié, afin de rappeler ce degré d'acidité recommandé dans tous les traités de l'art des formules : *usque ad gratam aciditatem.*

Nous devons en outre mentionner, à l'appui des conclusions pratiques du premier travail de M. Briquet, un excellent Mémoire que M. Brachet a publié, il y a quelques années, dans le Journal de médecine de Lyon sur les bons effets de l'alun et de l'acide sulfurique contre la colique de plomb. Cette mention n'a pas seulement pour but de réparer une omission commise par notre confrère, mais surtout d'étayer d'un puissant témoignage la valeur du traitement chimique. Le nouveau moyen, l'électrisation localisée, que M. Briquet vient recommander aujourd'hui, s'adresse seulement à un des symptômes de la maladie, et ne saurait dispenser de l'intervention d'un traitement général, pour peu que l'intoxication plombique soit intense. Dans les cas légers seulement, on pourra se borner, comme il l'a fait, à combiner l'emploi de l'alun et de l'acide sulfurique avec celui de la révulsion cutanée.

Enfin, l'hypéresthésie des muscles de la paroi abdominale n'est pas non plus un fait complétement nouveau, et M. Briquet aurait pu invoquer, à l'appui de sa localisation de la douleur, les faits signalés dans le Mémoire que notre collaborateur, M. Aran, a publié sur le traitement de la colique de plomb par les applications topiques du chloroforme ; mais nous laissons, à cet égard, la parole à notre collaborateur (1).

Les résultats de ces expérimentations thérapeutiques, que l'on nomme, à juste raison, *traitements d'essai*, doivent être enregistrés avec soin, car ils peuvent, à un moment donné, avoir une grande valeur. M. Briquet nous en a fourni un exemple : appelé à traiter un assez grand nombre de malades atteints de coliques de plomb pendant la dernière épidémie du choléra, et craignant de provoquer l'invasion de la maladie en ayant recours au traitement classique par les purgatifs, le médecin de la Charité fut conduit, par les circonstances toutes spéciales créées par la constitution médicale, à

(1) Voir à la Correspondance médicale, p. 74.

reprendre l'étude expérimentale du traitement chimique. Les succès qu'il en a obtenus l'ont conduit à fixer l'attention des praticiens sur la valeur de l'alun et de l'acide sulfurique, et à proposer cette médication pour le traitement de la généralité des cas de colique de plomb. Les effets de l'électrisation localisée, qu'il met en relief aujourd'hui, sont un nouveau moyen à enregistrer parmi les agents thérapeutiques à diriger contre l'élément douleur; mais, pas plus que les applications anesthésiques locales, il ne pourrait triompher de l'affection.

Dans les cas graves d'intoxication plombique, la médication purgative reste la plus rationnelle, puisqu'elle hâte le moment de l'élimination complète de l'agent toxique.

Ces réserves faites, nous donnons un long extrait du nouveau travail de M. Briquet.

Il est peu de maladies sur le siége desquelles l'opinion médicale ait aussi peu varié que sur celui de la colique de plomb, depuis les auteurs grecs qui l'appelaient, on ne sait trop pourquoi, *colica pestifera*, jusqu'à M. Tanquerel auquel on doit le dernier ouvrage *ex professo* sur la matière. On a toujours regardé cette affection comme ayant son siége dans le tube digestif, et les douleurs qu'elle provoque comme étant des douleurs d'intestins, des coliques ; aussi, sous quelque dénomination qu'elle ait été désignée dans les divers temps, le mot *colique* fait toujours partie de la désignation. Mais, s'il y a eu une entente si complète sur le siége de la maladie et sur celui des douleurs, il n'en a pas été de même quand il s'est agi de rendre raison de ces douleurs qui constituent le symptôme dominant de la colique de plomb simple, et c'est alors que s'est manifesté le désaccord le plus complet.

Les anciens, qui ne connaissaient pas l'intoxication saturnine par le fait de l'absorption à la peau, supposaient que les particules du plomb ingéré venaient irriter le tube digestif et provoquer la douleur. Desbois (de Rochefort), et plusieurs autres médecins, avaient cru que celle-ci était due à la distension du tube digestif par les gaz intestinaux auxquels la contracture supposée de l'intestin et du sphincter fermait toute issue; ils ne réfléchissaient pas que dans la fièvre typhoïde, dans l'hystérie, etc., il y a des tympanites portées au plus haut degré, sans qu'il y ait des troubles semblables à ceux de la colique de plomb. Mérat, peu satisfait des interprétations qui précèdent, avait aussi voulu donner la sienne, dans laquelle la douleur était rapportée à la contusion que les matières ovillées contenues dans le tube digestif auraient exercée sur les parois de ce tube contracté ;

or, l'autopsie n'a jamais fait voir le tube digestif serré sur les matières ovillées, et l'expérimentation clinique montre, comme on le verra plus loin, qu'on peut très-facilement faire cesser les douleurs, la constipation restant toujours la même.

Bordeu et, après lui, MM. Palais et Canuet avaient bien prétendu expliquer les douleurs de la colique de plomb par l'inflammation du tube digestif, résultant de l'intoxication plombique; mais cette prétention, qui n'a pu longtemps se soutenir, ne trouve plus maintenant crédit nulle part.

Enfin, on trouve dans l'ouvrage de M. Tanquerel la dernière explication de ces douleurs, explication dont le public médical a paru se contenter puisqu'on a cessé d'en chercher d'autres. D'après cette explication, le plomb agirait sur le grand sympathique, dont les filets nerveux ébranlés communiqueraient leur ébranlement à la fibre musculaire du tube digestif dans laquelle ils vont se fondre.

Il faut que les médecins aient été bien las des explications pour se contenter de celle-là, qui ne signifie absolument rien.

Du reste il n'est pas étonnant qu'il y ait eu tant de divergence dans les esprits, puisqu'on cherchait à rendre compte d'une chose qui n'existe pas, les douleurs de la colique de plomb ne siégeant nullement dans le tube digestif.

Cette vérité avait déjà été aperçue par Aussone, par Laennec et par Barbier (d'Amiens), qui prétendaient que les douleurs de la colique de plomb provenaient des parties auxquelles se rendent les nerfs du prolongement rachidien ; mais personne n'avait indiqué ce siége d'une manière aussi explicite que Giacomini (de Padoue). Ce professeur dit positivement que les douleurs de la colique de plomb siégent dans les muscles de la paroi abdominale et dans le diaphragme.

Des recherches sur l'hystérie, maladie dans laquelle les muscles des parois de l'abdomen sont si fréquemment atteints de douleurs, portèrent M. Briquet à penser qu'il devrait trouver la même chose dans la colique de plomb, et, en effet, il constata bientôt que, dans cette colique, comme dans l'hystérie, des douleurs, que l'on attribuait aux organes profondément placés, siégeaient seulement dans les muscles qui forment l'enceinte de cette cavité splanchnique.

On prouve que la douleur de la colique de plomb siége dans les muscles qui constituent l'enceinte de l'abdomen, et non ailleurs, par les raisons suivantes :

1° Si l'on palpe l'abdomen d'un malade atteint de colique de plomb, en pressant très-légèrement avec le bout d'un ou de deux doigts, et en grattant en quelque sorte les muscles, mais en se

malades atteints de colique de plomb, soit simple, soit accompagnée d'autres accidents saturnins, tels que la paralysie des extenseurs du bras, l'encéphalopathie avec délire, soit compliquée avec des maladies telles que les altérations organiques de l'estomac, l'entérite subaiguë, la cirrhose.

Les quatre cinquièmes des cas étaient des cas de colique simple. Chez la moitié des malades, l'intensité des douleurs avait été soit grande, soit très-grande, tandis que chez l'autre moitié elle avait été modérée. Alors que ces douleurs étaient le moins intenses, elles avaient provoqué toujours de l'insomnie, de l'agitation et de la reptation sur le ventre. Le tiers au moins des malades poussaient des gémissements.

Tous ces malades ont été faradisés le lendemain de leur entrée à l'hôpital de la Charité, et à la première visite. Constamment, et sans aucune exception, la douleur du ventre a disparu complétement ; et, quelle que fût d'abord son intensité et son étendue, on pouvait, à l'instant où l'on cessait l'électrisation, pétrir avec les mains ce ventre que, quelques minutes auparavant, il était impossible de palper, si légèrement que ce fût, sans faire jeter des cris, ou sans provoquer une sorte de contraction convulsive ; les malades faisaient des efforts de respiration, se levaient de leur lit et exécutaient facilement toute espèce de mouvement, sans éprouver la moindre douleur; à leur grande surprise et à celle des assistants, ils pouvaient marcher, se redresser, se courber en arrière, retourner à leur lit, sur lequel ils sautaient lestement, sans éprouver d'autre malaise que l'espèce de stupeur qui suit l'électrisation cutanée, quand elle est énergiquement pratiquée.

En même temps les douleurs sympathiques cessaient aussi, quoique plusieurs fois elles eussent été très-fortes. Ainsi, chez deux malades qui avaient les orteils tellement douloureux qu'on ne pouvait les toucher, et que le simple poids des draps du lit était péniblement supporté, les douleurs avaient si brusquement et si complétement cessé, qu'on pouvait étendre et fléchir ces orteils avec la main, sans occasionner la moindre sensation pénible, et que les malades pouvaient marcher.

Sur vingt-quatre malades, les douleurs ont été enlevées complétement dès la première faradisation et n'ont pas reparu depuis, et, parmi eux, plusieurs éttaient ateints d'une colique très-forte.

Sur dix malades, les douleurs ont reparu dans la journée, et n'ont cédé qu'à une seconde électrisation pratiquée soit dans la soirée même, soit le lendemain matin à la visite. Trois de ces malades étaient ceux qui furent soumis les premiers à l'essai du nouveau trai-

tement, et chez lesquels la faradisation avait été insuffisante. Un quatrième, qui avait des douleurs intenses dans toute la paroi abdominale, n'en avait laissé faradiser que la moitié supérieure; il a fallu électriser la moitié inférieure qui était restée douloureuse. Chez trois autres, on avait, comme moyen d'expérimentation, électrisé chez l'un le dos, qui était un peu douloureux, chez l'autre l'oreille, et chez le troisième le muscle lui-même. Enfin, chez les trois derniers, la douleur avait été très-notablement diminuée après la première opération, et l'on n'a eu besoin que d'une seconde faradisation assez faible. Aussi ai-je la conviction, dit M. Briquet, que si la plupart de ces dix malades avaient été convenablement électrisés, il en eût été peu chez lesquels une seconde opération eût été nécessaire; et, dans mon opinion, la colique peut être enlevée chez la très-grande majorité des malades, à la première faradisation.

Chez sept malades, les douleurs n'ont cédé qu'à une troisième électrisation; enfin, chez une seule malade, les douleurs n'ont complétement disparu qu'après une quatrième opération.

Dans ces cas de récidive, jamais les douleurs n'ont reparu avant les deux premières heures de leur disparition. Le plus ordinairement, leur réapparition n'avait lieu qu'au bout de cinq à sept heures; aussi, quand la journée entière s'était passée sans qu'il revînt de douleurs, on pouvait être certain que cette disparition était définitive.

Ayant à se rendre compte des effets du nouveau moyen thérapeutique, M. Briquet laissait habituellement un intervalle de vingt-quatre heures entre chacune des séances d'électrisation cutanée; mais il est convaincu que, si la seconde opération était pratiquée au moment où la douleur reparaît, on pourrait réduire à une ou deux heures la durée des douleurs d'une colique de plomb.

Une fois la douleur enlevée, les divers troubles morbides s'éteignent graduellement. Ainsi l'appétit est revenu très-promptement, puisque vingt fois les malades ont pu prendre du bouillon le lendemain du jour où ils avaient été faradisés; dix fois le bouillon n'a été donné que le surlendemain, et deux fois le troisième jour. Six de ces malades ont réclamé des potages le lendemain de l'électrisation. En général, ils ne restaient qu'un jour ou deux aux bouillons et aux potages; le plus habituellement le troisième jour, ou au plus le quatrième, ils mangeaient une portion d'aliments.

Les vomissements, quand ils existaient auparavant, n'ont plus eu lieu que pendant un et quelquefois deux jours après la faradisa-

tion, et, le plus ordinairement, ils avaient lieu à la suite des prises de la potion à l'alun.

Afin de déterminer, autant qu'il était possible, les rapports qui pouvaient exister entre la constipation et les douleurs abdominales, lesquelles ont été considérées jusqu'à présent comme une conséquence de celle-là, M. Briquet a pris note du temps qui s'était écoulé entre le moment où les douleurs ont cessé et celui où les premières selles avaient reparu. Ces premières selles avaient eu lieu le lendemain de la disparition de l'hypéresthésie musculaire chez sept malades, le surlendemain chez neuf, le troisième jour chez quatre, le quatrième jour chez neuf, le cinquième jour chez trois, le sixième jour chez deux, le septième jour chez deux ; chez les six autres malades, cette époque n'avait pas été notée. Par conséquent, chez plus de la moitié des malades, les selles n'avaient commencé à reparaître que le quatrième jour après la cessation des douleurs. Aucun des malades n'a pris, durant le traitement, de substance purgative ; à deux seulement on a administré un lavement additionné de sel marin.

De ces faits, on est évidemment en droit d'induire, dit M. Briquet : 1° que ce n'est point à la rétention des matières fécales dans les intestins qu'il faut attribuer les douleurs de la colique de plomb, puisque la constipation persiste encore, chez plus de la moitié des malades, quatre jours après la disparition des douleurs ; 2° que ce n'est pas la douleur du ventre qui paralyse le tube digestif, puisque, cette douleur étant complétement dissipée depuis quatre jours, la constipation n'en persiste pas moins ; 3° enfin, que les purgatifs ne sont pas des moyens qui guérissent la maladie en débarrassant le tube digestif des fécès qu'il contient, puisque la constipation persiste après la disparition des douleurs.

La faradisation n'a, chez aucun des malades, provoqué la fièvre, quand elle n'existait pas auparavant, et elle ne l'a pas augmentée, quand elle existait. Le seul effet général provoqué par cette opération a été une sorte de stupeur et d'affaissement qui durait quelques instants ou quelques heures, sans déterminer d'autres troubles. En général, après la disparition de l'hypéresthésie musculaire et de l'affaissement produit par les secousses électriques, c'est-à-dire au bout d'un ou deux jours, les malades n'éprouvaient plus aucun malaise ; ils se levaient, et, s'il n'y avait pas de complications, leur état cachectique se dissipait graduellement, sans souffrance et sans troubles, autres que la faiblesse.

En moyenne, les malades sont restés sept jours à l'hôpital, après

la première faradisation. Ce chiffre, qui est celui que donnent les résultats des cas heureux de colique traités par les évacuants, aurait pu facilement être de beaucoup diminué, si l'on n'avait pas tenu à conserver les malades en observation le plus longtemps possible ; aussi aucun d'eux n'est sorti de l'hôpital que sur sa demande.

Le traitement médicamenteux a été fort simple : le premier jour, un bain sulfureux, qu'on répétait tous les deux jours ; chaque jour, 1 ou 2 litres de limonade avec 1 ou 2 grammes d'acide sulfurique, une potion gommeuse contenant de 2 à 4 grammes de sulfate d'alumine et une pilule de 5 centigrammes d'extrait aqueux d'opium [1]. Il n'a pas été administré un atome de substance purgative.

Ce traitement, qui a dû être utile pour dissiper l'état cachectique et pour aider à l'élimination du plomb, n'a certainement eu aucune influence sur la disparition de la douleur chez les vingt-quatre malades qui ont été guéris par une première faradisation, puisque l'opération se faisait le premier jour et avant qu'ils eussent pris aucun médicament. D'ailleurs, comme, chez tous, la douleur disparaissait brusquement et à l'instant même de l'excitation électrique, il n'y avait pas moyen de rapporter une disparition aussi instantanée à autre chose qu'à l'opération qui venait d'être faite. Enfin, quelques malades ont été simplement mis à la tisane de chiendent pendant toute la durée de leur séjour dans les salles, et ils ont guéri comme les autres.

M. Briquet examine ensuite le mode d'action de la faradisation, et conclut avec raison à un effet révulsif. Dans cette partie de son Mémoire, nous trouvons des essais tentés avec les courants électriques continus fournis par les chaînes de Pulvermacher. Limité par l'espace, nous négligerons l'analyse de ces tentatives qui ne nous paraissent pas avoir été bien dirigées, et nous nous bornerons, pour aujourd'hui, à donner les conclusions du Mémoire de M. Briquet.

La faradisation de la peau agit évidemment, comme l'a dit M. Duchenne, à la manière des révulsifs ; c'est la constatation la plus frappante de la vérité de l'aphorisme antique : *duobus doloribus simul obortis, non in eodem loco, vehementior obscurat alterum*, et l'argument le plus péremptoire en faveur de la doctrine de la révulsion. Il est aisé de montrer que l'influence exercée par les courants électriques continus suit les lois de la révulsion.

---

(1) Voir Etudes cliniques propres à déterminer la valeur du traitement par l'alun et l'acide sulfurique contre les coliques de plomb, par M. Briquet (*Bulletin de Thépapeutique*, t. LIII, p. 97).

La faradisation de la peau fait naître la douleur la plus vive qu'on puisse supporter ; je la crois plus forte que celle qui est produite par le fer rouge ; il est très-peu de douleurs qu'elle ne fasse taire à l'instant même, de quelque nature qu'elles soient ; celles qui sont le produit de lésions matérielles reparaissent ordinairement très-vite, mais il n'en est pas de même de celles qui résultent de troubles dynamiques ; à moins qu'elles ne soient très-intenses, celles-ci sont presque toujours modifiées avantageusement ou complétement enlevées à l'instant même de la faradisation.

Si la douleur produite par la faradisation est peu intense, l'effet est incomplet, les douleurs reviennent bientôt, et c'est pour cette raison certainement que j'ai manqué quelques-unes de mes premières faradisations. Aussi, quand on veut réussir, il faut agir énergiquement et ne cesser que quand la douleur est enlevée.

Si la douleur est très-forte, comme quand on fait durer la faradisation de trois à quatre minutes, et quand, tenant la brosse perpendiculaire à la peau, on multiplie la série des contacts, il faut que celle qu'on veut annihiler ait beaucoup d'intensité pour ne pas céder ; telle est la douleur des névralgies du nerf sciatique. Quant aux douleurs de la colique de plomb, je les ai toujours vues disparaître, au moins pour plusieurs heures, quand la faradisation était faite d'une manière suffisante.

L'influence sur la douleur qu'on veut enlever est d'autant plus grande que la faradisation s'exerce à la plus petite distance possible du lieu où siége cette douleur ; aussi est-on à peu près sûr d'enlever toutes les douleurs non inflammatoires des muscles superficiels, en faradisant la portion de peau qui les recouvre.

Si, au contraire, la faradisation s'exerce loin du point douloureux, son influence est beaucoup plus faible. Ainsi j'ai faradisé tout l'avant-bras, toutes les jambes, chez les malades atteints de coliques de plomb, et ayant des douleurs sympathiques dans ces parties ; quelquefois j'ai enlevé sans retour la douleur du ventre quand elle était faible. Le plus souvent cette myodynie est revenue sans avoir été notablement modifiée, et il a fallu agir sans désemparer *loco dolenti* pour rendre l'effet complet. Aussi faut-il constamment appliquer les brosses aux endroits du ventre où siége la douleur, et dans toute l'étendue où elle siége. Celle loi ne s'étend pas aux douleurs sympathiques du thorax, des lombes et des membres inférieurs, qui accompagnent la colique de plomb ; celles-ci disparaissent spontanément et sans qu'il soit besoin de s'en occuper, sitôt que la douleur de la paroi abdominale a disparu.

Plus les parties sur lesquelles la faradisation est exercée sont sensibles, plus on a de prise sur la douleur. J'ai faradisé les lobes des oreilles, le bout du nez, les extrémités des doigts et des orteils, chez des malades qui avaient des coliques de plomb peu intenses, et quoique la distance entre la partie électrisée et le siége de la douleur fût assez grande, j'ai quelquefois réussi à enlever celle-ci sans retour; le plus communément la colique disparaît à l'instant, mais pour revenir au bout d'un quart d'heure ou au bout d'une ou plusieurs heures.

Cela donne l'explication d'un fait qui, dans le temps, a paru fort singulier, et qui a donné matière aux explications également les plus singulières, je veux parler de la cautérisation du lobule de l'oreille, comme moyen curatif de la névralgie sciatique. M. Duchenne a plusieurs fois exécuté dans mes salles la contrefaçon de cette opération, en faradisant soit le lobule de l'oreille, soit le bout du nez, chez des malades atteints de sciatique; et toujours la douleur de la névralgie était suspendue pour quelques instants, à l'étonnement de tous les assistants, et surtout à celui bien plus grand du malade, qu'on faisait marcher dans la salle, sans qu'il donnât le moindre signe de douleur. Si la névralgie était peu intense, la douleur ne revenait plus, et tout était fini. Si la sciatique avait de l'intensité, elle reparaissait au bout d'un temps variable.

La faradisation ne peut enlever la douleur qu'à la condition d'en produire une autre plus vive que la première. Or, c'est dans cet article du code de la révulsion, que se trouve le plus grand obstacle à l'emploi de la faradisation. Il faut en convenir, parce que c'est la vérité, les malades sont très-enchantés d'être débarrassés de leurs douleurs, et ceux chez lesquels on a été obligé de recommencer l'opération s'y sont soumis d'assez bonne grâce, en raison du bienfait qu'ils en attendaient; mais, en général, ils la redoutaient, et, quand on a commencé l'opération, on a quelquefois assez de peine à la continuer. Heureusement, il existe un moyen de parer à cet inconvénient, c'est de faire respirer les vapeurs du chloroforme. J'ai agi de cette manière sur un certain nombre de malades, et quand l'anesthésie était complète, j'ai faradisé la peau au niveau du lieu où était la douleur. A chaque coup de la brosse on voyait les fibres des muscles voisins frémir et se contracter convulsivement; le muscle sentait l'effet du courant électrique, pendant que le cerveau n'en avait pas la moindre conscience, et, à son réveil, le malade était débarrassé de la colique aussi complétement et aussi sûrement que s'il eût perçu la douleur de l'opération.

La chloroformisation a même l'avantage de permettre à la faradisation de développer son maximum d'énergie et d'avoir son maximum de durée. Aussi est-il indispensable de faire intervenir le chloroforme dans les cas où la colique, intense et siégeant dans une grande étendue des parois abdominales, donne lieu de supposer qu'il faudra une faradisation longue et énergique pour l'enlever. Dans les autres cas, cette opération préliminaire est facultative, et je n'y ai eu recours que quand les malades le désiraient, ou quand ils me paraissaient très-irritables.

Je ne connais à la faradisation de la peau d'autre inconvénient que la douleur. J'ai répété et j'ai vu répéter cette opération des milliers de fois, et, à part l'espèce de stupeur passagère qui lui succède, je n'ai jamais rien observé de particulier après son emploi ; c'est donc un moyen complétement dépourvu de nocuité.

Ce mode de traitement n'expose pas plus aux récidives que les autres ; sur les quarante-trois malades, trois seulement sont revenus au bout d'un laps d'un ou deux mois, et tous après s'être remis à leurs travaux de peinture.

La faradisation n'est pas le spécifique de la colique de plomb ; elle n'est qu'un moyen, mais un moyen puissant, presque infaillible, d'enlever la douleur. Or, la douleur est le symptôme dominant de cette maladie, à tel point que, quand elle a disparu, il ne reste plus de troubles notables. Ces douleurs sont quelquefois extrêmement violentes, et nul spectacle n'est plus pénible que de voir ces malades gémir, s'agiter et se rouler incessamment dans leur lit.

D'après les relevés faits par M. Tanquerel, ces douleurs ne cèdent, après le traitement par les évacuants, que du troisième au quatrième jour. J'ai constaté à peu près le même chiffre pour le traitement par les acides et par l'alun. Avec la faradisation, elles sont enlevées à l'instant et pour toujours chez plus de la moitié des malades, et elles auraient pu l'être chez un plus grand nombre ; chez les autres, on pourrait à la rigueur ne les laisser durer que quelques heures en tout. Si je ne m'abuse, ce moyen fournirait une ressource de la plus haute importance dans la colique de Madrid, qui passe pour être si douloureuse, dans la colique sèche des pays chauds, où la douleur est presque au-dessus des moyens de la thérapeutique. Très-probablement elle enlèverait ces douleurs, qui sont quelquefois telles, qu'elles sont capables de faire périr les malades.

En tout cas, c'est toujours beaucoup d'enlever le symptôme principal de la maladie, celui qui domine tous les autres.

Pourrait-on se borner à l'emploi de la faradisation et négliger

tout autre traitement ? Je pense qu'on pourrait le faire sans inconvénient, dans les cas où il n'y a pas beaucoup de cachexie ; mais, dans les cas plus graves, des accidents sérieux pourraient survenir après que la douleur aurait été enlevée : il sera donc toujours très-rationnel de faire le traitement spécial à l'intoxication saturnine.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Considérations pratiques sur l'emploi de l'uva ursi, considéré spécialement comme agent obstétrical.

Par le docteur DE BEAUVAIS, chef de clinique de la Faculté.

*Conclusions sur les propriétés et l'emploi thérapeutiques de l'*uva ursi. — L'*uva ursi* possède, à coup sûr, la propriété de faire contracter les fibres de la vessie comme celles de l'utérus. Cet effet est très-variable, plus ou moins prononcé selon les divers sujets et selon l'état particulier d'irritabilité acquise ou propre, plus ou moins développé, des organes génito-urinaires. Tantôt une dose d'un gramme suffit ; tantôt ce n'est qu'à l'aide d'une dose triple et même décuple qu'on obtient la contraction des fibres musculaires de ces organes, ou bien en continuant régulièrement pendant un certain temps l'ingestion fractionnée de cette substance, soit en nature, et en poudre, soit en infusion ou en décoction. Nos prédécesseurs préféraient la décoction.

J'ai vu, entre autres faits, chez une jeune femme hystérique, l'*uva ursi* déterminer, au bout d'une demi-heure, à la première dose, un ténesme vésical tellement douloureux, qu'elle me fit mander immédiatement pour en connaître la cause et le remède.

Le même phénomène s'est présenté à mon observation, chez un hémorrhoïdaire affecté de blennorrhée et de varices du col de la vessie.

Notre excellent ami M. le docteur Racle, médecin de l'hospice La Rochefoucault, dans un cas de paralysie de la vessie consécutive à des accès d'hystérie, a réussi, au moyen de l'*uva ursi*, à rappeler la contractilité de la vessie.

Cette propriété excito-motrice est d'autant plus précieuse, surtout dans les accouchements, que l'*uva ursi* ne produit pas, comme l'ergot de seigle, ces contractures toniques si douloureuses pour la

(1) Fin. — Voir la livraison du 15 janvier, p. 22.

mère et si dangereuses pour le fœtus, surtout dans le cas que nous avons cité de présentation du siége chez une primipare.

En prouvant expérimentalement cette nouvelle vertu de la busserole, je viens, appuyé de l'imposante autorité des anciens et de leurs nombreuses observations, solliciter la réintégration légitime de cette précieuse plante dans la pratique usuelle, à titre d'excitant musculaire direct de la fibre organique, contractile, et comme puissant modificateur des sécrétions pathologiques du système génito-urinaire.

L'expérimentation est facile d'ailleurs, car le médicament n'offre pas le danger des strychnées, ni du seigle ergoté, et, de plus, ce qui ne nuit pas, il est agréable au goût des malades : son infusion rappelle la saveur et l'odeur du thé. A l'exemple de Murray, si l'on me demande quel est le principe actif de l'*uva ursi* comme excitant de la fibre organique, je répondrai que je l'ignore.

Le hasard, l'expérimentation empirique, a fait découvrir dans certains médicaments des principes actifs, dont la nature intime est et restera probablement toujours inconnue. Aujourd'hui que le sulfate de quinine est extrait de l'écorce du Pérou, sait-on mieux que du temps de Murray pourquoi ce médicament coupe la fièvre intermittente? A-t-on découvert pourquoi et comment le mercure tue le virus syphilitique? Constater d'abord le fait en thérapeutique, c'est l'important; raisonner, analyser ensuite, c'est obligatoire pour tout homme sérieux et conséquent, mais souvent inutile ou pour le moins superflu. Le fait brutal domine, la plupart du temps, l'action spéciale : Molière l'a dit spirituellement pour l'opium, et ce sera éternellement vrai.

Quoi qu'il en soit, un succédané si simple, si parfaitement innocent, du seigle ergoté, serait précieux pour les praticiens, surtout pour ceux qui, à l'exemple de M. Blariau (Gaz. méd., 1839), craignent pour le fœtus l'effet toxique de l'ergot, puisque ce médecin affirme que, dans la proportion d'un sur cinq, les enfants naissent morts après l'administration du seigle pendant l'accouchement; encore fallait-il de grands soins pour rétablir la respiration chez ceux qui survivaient.

Lorsque le médecin prescrit l'*uva ursi,* il doit s'assurer avec soin, d'après les caractères propres à la plante, qu'elle n'est pas mélangée avec les feuilles sèches du *vaccinium vitis idœa,* ou même du buis. Richard, Braconnot, Cazin, recommandent de veiller à cette frauduleuse substitution, qui se fait journellement dans le commerce, et à laquelle ils s'accordent à attribuer la diversité des

effets, partant des opinions sur les vertus de la busserole. En effet, le *vaccinium vitis idæa* ne renferme ni tannin, ni acide gallique, ce qui fait que son infusion ne précipite ni par la gélatine, ni par le sulfate de fer. L'abondance de cette plante, dans les pharmacies de Paris, tient à ce qu'on tire la busserole des Vosges, où elle est rare, tandis que le *vaccinium* y est fort commun.

Quant au mode d'administration, dans les accouchements simples, mais ralentis par la faiblesse des douleurs, l'atonie de l'utérus, l'épuisement nerveux, il m'a semblé avantageux de donner toutes les heures un gramme de feuilles d'*uva ursi*, préalablement infusé dans une tasse à thé d'eau bouillante. On laissera refroidir à la volonté de la malade, et on sucrera. Mais s'il y avait métrorrhagie, s'il y avait urgence d'obtenir un effet rapide, je conseillerais de faire une décoction d'*uva ursi*, à la dose de 16 grammes pour un litre d'eau, et d'en rapprocher l'administration le plus possible. Dans cette circonstance, il faut se rappeler, selon la judicieuse remarque du professeur Trousseau, que dans les premières heures de l'administration du médicament la métrorrhagie semblera augmenter, et voici pourquoi. Tout le sang accumulé, déjà depuis quelque temps, dans la cavité de l'utérus, dans le tissu même de l'organe, sera activement expulsé sous l'influence des contractions utérines sollicitées par l'*uva ursi*. Mais ce sang était déjà sorti des vaisseaux, l'hémorrhagie interne était accomplie. L'évacuation extérieure s'opère par la rétraction de l'utérus. Les sinus utérins tendent à se fermer, et bientôt l'écoulement diminue pour cesser tout à fait. Pour les autres indications, hématuries, incontinences d'urine, leucorrhées, ménorrhagies, etc., voici la formule d'un sirop qui m'a rendu de véritables services, formule que je dois à l'obligeance de M. Dethan, pharmacien distingué de Paris :

Pr. Uva ursi.	90 grammes.
Eau bouillante.	Q. S.
Sucre blanc.	1000 grammes.

Concassez grossièrement les feuilles d'*uva ursi*, placez-les dans l'appareil à déplacement ; versez l'eau bouillante. Après douze heures de macération en vase clos, recueillez la colature ; filtrez et faites avec le sucre un sirop par simple solution en vase clos et à la chaleur du bain-marie.

Conclusions. — De ce que nous venons de dire et d'exposer dans ce mémoire, il résulte que l'*uva ursi* peut être placé, d'une part, au rang des *toniques astringents*, en raison de l'acide gallique et du tannin qu'il contient ; mais qu'il mérite, d'autre part, sa

place dans les traités de thérapeutique et de matière médicale, à côté de l'ergot de seigle, *comme excitant propre du système musculaire de la vie organique.*

Si l'on compare, en effet, ces deux médicaments, on trouve une grande analogie dans leur action thérapeutique. Depuis longtemps les anciens, Dioscorides, Galien, avaient constaté l'action heureuse de l'*uva ursi* dans les hémorrhagies, l'hémoptysie, l'hématémèse, l'hématurie, les métrorrhagies, ainsi que dans les flux atoniques, diarrhée, leucorrhée, cystirrhée, dans certaines incontinences d'urine. Enfin, de nos jours, pour compléter la ressemblance, le hasard a fait découvrir au docteur Harris l'action toute spéciale de la busserole sur les mouvements de l'utérus pendant l'accouchement, la propriété précieuse de réveiller et même de faire naître les contractions des fibres musculaires de cet organe ; propriété manifeste qui lui permet de venir ainsi en aide à la parturition lente ou entravée.

Ne sont-ce pas là les principales indications du seigle ergoté ? Et si l'on remonte de l'effet à la cause, ne sommes-nous pas logiquement autorisé à considérer l'*uva ursi*, aux mêmes titres, comme un *heureux* succédané de notre premier agent obstétrical, puisqu'il ne partage pas ses dangers ni son action toxique.

En livrant à la publicité ces quelques faits et les réflexions de physiologie thérapeutique qui les suivent, je n'ai d'autre but que d'attirer l'attention de mes confrères sur cette action curieuse de l'*uva ursi*, récemment découverte par Harris.

Une plante si riche en principes actifs, employée si longtemps naguère par des hommes trop justement célèbres, ne saurait être d'une nullité absolue, partant délaissée, comme elle l'est aujourd'hui. En l'enrichissant d'une nouvelle propriété, qui explique assez naturellement, je crois, les succès de nos prédécesseurs chez les calculeux, succès controversés, malgré les plus nombreuses et les plus légitimes assertions de son utilité puissante et de son heureuse administration, je donne un gage nouveau à la confiance ébranlée des praticiens, j'ouvre une nouvelle route à leurs tentatives.

En terminant ce travail, j'appelle donc de tous mes vœux les expérimentations, sur une plus large échelle, de nos maîtres dans les hôpitaux, ainsi que des accoucheurs. C'est à eux qu'incombe la tâche de faire ressortir avec plus de fruit et de détail les avantages réels et précieux d'un médicament aussi simple, dont la réputation immense, dans le siècle dernier, a été célébrée par les hommes les plus dignes de foi et de considération.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formules magistrales pour l'administration des corps gras et du copahu [1].

Par MM. Jeannel et Moncel, pharmaciens militaires.

Les formules ci-dessous sont la conséquence rationnelle du phénomène découvert par nous de l'émulsionnement des corps gras par les carbonates alcalins.

On peut varier les doses, en se rappelant d'ailleurs que 5 centigrammes de carbonate de potasse, ou de carbonate de soude, émulsionnent très-bien, dans 100 grammes d'eau distillée par simple succussion, la quantité de 8 grammes d'huile.

Le phénomène de l'émulsionnement des corps gras par les carbonates alcalins peut se produire en se servant d'eau commune au lieu d'eau distillée ; seulement, dans ce cas, il est nécessaire d'augmenter notablement la proportion de carbonate alcalin, afin de déplacer les sels de chaux et de magnésie que les eaux communes contiennent toujours. L'excès de sel alcalin qu'on est obligé d'employer pour émulsionner les corps gras dans l'eau commune est assez faible pour ne présenter aucun inconvénient dans les formules d'injections intestinales; mais dans les formules de potions, cet excès donnerait une saveur alcaline désagréable ; il est donc indispensable d'employer l'eau distillée pour la préparation des potions. Nous nous servons ordinairement de carbonate de soude obtenu en chauffant le bi-carbonate à plus de 100°. Pour le dosage du sel alcalin, il est commode d'avoir une solution titrée au centième dont 10 grammes donnent 1 décigramme de carbonate de soude.

Potion d'huile de foie de morue.

Pr.	Huile de foie de morue	10 grammes.
	Eau distillée....................	20 grammes.
	Eau aromatisée de menthe........	5 grammes.
	Carbonate de soude pur...........	1 décigramme.

Dissolvez le sel dans l'eau ; ajoutez l'huile ; agitez.

Sous cette forme, l'huile de foie de morue n'a plus cette viscosité qui la rend si répugnante, et la saveur en est très-supportable.

Le sucre nous a paru désavantageux, parce qu'il augmente la viscosité.

(1) Journal de médecine de Bordeaux.

Potion huileuse.

Pr.	Huile d'amandes	20 grammes.
	Eau distillée	40 grammes.
	Eau de menthe ou de fleurs d'oranger.	10 grammes.
	Carbonate de soude pur	2 décigrammes.

Dissolvez le sel dans l'eau; ajoutez l'huile; agitez.

Cette potion, qui n'est nullement visqueuse, a beaucoup de rapport avec le lait d'amandes.

Injection intestinale purgative.

Pr.	Huile de ricin	30 grammes.
	Eau commune	200 grammes.
	Carbonate de soude	1 gramme.

Dissolvez le sel dans l'eau; ajoutez l'huile; agitez.

Le copahu peut former, par le même procédé, une émulsion parfaitement homogène et qui ne laisse rien à désirer.

Mais nous faisons observer que les carbonates alcalins, à quelque petite dose qu'on les emploie pour émulsionner l'huile de ricin et le copahu, donnent à ces médicaments une saveur âcre qui rend impossible l'administration par la bouche.

Injection urétrale au baume de copahu.

Pr.	Copahu	2 grammes.
	Eau distillée	100 grammes.
	Carbonate de soude	5 centigrammes.
	Laudanum de Sydenham	10 gouttes.

Dissolvez le sel dans l'eau; ajoutez le copahu et le laudanum; agitez.

Cette préparation est la meilleure qu'on puisse prescrire, si l'on juge convenable d'administrer le copahu en injection urétrale.

De l'influence qu'exercent les alcalis, et particulièrement la potasse, sur les préparations de jusquiame, de stramoine et de belladone.

Il n'est pas rare de voir des médecins, surtout en Angleterre, prescrire les préparations de solanées vireuses, combinées à une solution de potasse (*liquor potassæ* des pharmacopées anglaises). Le docteur Garrod a communiqué à ses collègues de la Société médico-chirurgicale de Londres le résultat d'expériences tendant à prouver que la potasse et les autres alcalis caustiques détruisent complétement le principe actif de ces plantes, que par conséquent le médicament, sous cette forme, est complétement inerte, tant appliqué topiquement qu'administré à l'intérieur. Il a pu administrer

à l'intérieur 45 grammes de teinture de jusquiame, unie à de la potasse, sans produire le plus léger symptôme d'intoxication.

Cette propriété de détruire le principe actif des solanées vireuses n'appartient qu'aux solutions des bases métalloïdes, et non à leurs composés salins. Ainsi les carbonates et les bicarbonates de potasse ne diminuent en rien la puissance d'action de la jusquiame, de la belladone ou du datura.

Les praticiens doivent donc éviter de prescrire simultanément ces deux ordres d'agents thérapeutiques, et lorsqu'ils croiront devoir prescrire concurremment les narcotico-âcres et les alcalins, ils devront faire choix des carbonates, ou mieux des bicarbonates, mais jamais des alcalis en substance.

Modification apportée au réactif de Boettger pour reconnaître la présence du sucre dans les urines diabétiques.

Si nous revenons sur cette question des réactifs propres à déceler la présence de la glycose dans les urines, c'est qu'une discussion récente, qui a eu lieu au sein de la Société médicale des hôpitaux de Paris, a montré que les réactifs regardés jusqu'à ce jour comme les plus parfaits n'étaient pas d'une certitude aussi grande qu'on le pensait généralement. A M. Béhier appartient le mérite d'avoir mis véritablement en évidence ce fait, déjà connu des chimistes, mais bien peu familier aux médecins. Non, les renseignements fournis par la potasse ou par la liqueur de Barreswill ne peuvent pas être regardés comme étant d'une certitude absolue, à moins cependant que les réactions fournies par ces substances ne soient d'une très-grande évidence, et encore la fermentation ou l'examen au polarimètre peuvent-ils seuls lever tous les doutes. Mais M. Béhier a fait mieux que détruire la confiance que les médecins pouvaient avoir dans ces réactifs, il a soumis à un contrôle sévère tous les moyens proposés pour déceler la présence de la glycose, et il a trouvé que précisément le nouveau réactif de M. Boettger est un des plus sensibles et des plus certains, à la condition toutefois de lui faire subir une petite modification.

Nos lecteurs se rappellent que le procédé de M. Boettger consiste à ajouter à l'urine une solution de carbonate de soude, au quart, et environ 1 ou 2 grammes de sous-nitrate de bismuth, et à faire bouillir ce mélange; le sous-nitrate de bismuth noircit, s'il y a de la glycose, tandis qu'il conserve sa blancheur s'il n'y a pas trace de sucre. M. Béhier s'est assuré que si l'on remplace le carbonate de soude par un petit morceau de potasse caustique, la réaction est plus

complète. M. Béhier conseille, par conséquent, d'ajouter, dans un tube de verre, à l'urine suspecte, un très-petit morceau de potasse caustique et une ou deux pincées de sous-nitrate de bismuth ; dès que l'urine arrive à l'ébullition sur la lampe à alcool, la réduction de sous-nitrate de bismuth commence, et la réduction est d'autant plus complète que la quantité de glycose est plus considérable dans l'urine.

Telle est la sensibilité de ce réactif, qu'un vingt-millième de glycose a pu être décelé dans une urine à laquelle il avait été ajouté préalablement. M. Béhier s'est assuré d'ailleurs, en ajoutant successivement à l'urine toutes les substances qui entrent naturellement dans sa composition, qu'aucune de ces substances ne réduit le sous-nitrate de bismuth. Il restera cependant à déterminer si la présence de quelques autres substances qui peuvent exister accidentellement dans l'urine ne pourrait pas, soit amener cette réduction du sous-nitrate de bismuth, soit la retarder ou l'empêcher même dans des urines où la glycose existerait réellement (1). Nous tiendrons nos lecteurs au courant de ces recherches, que M. Béhier a promis de continuer.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Un mot sur le traitement de la colique de plomb par le chloroforme, *intus et extra*.

En écoutant le travail intéressant que M. Briquet a lu récemment à l'Académie de médecine sur la colique de plomb, et son traitement par la faradisation cutanée des parois abdominales, j'ai vivement regretté que le traitement par le chloroforme *intus et extra*, dont j'ai formulé les bases, d'abord dans ce journal, puis dans l'Union médicale, n'ait pas été connu de mon savant collègue; car il eût trouvé dans ce traitement le moyen de calmer, et avec moins de souffrances pour ses malades, les douleurs dont ses recherches l'ont amené à fixer le siége dans les muscles abdominaux. Et moi aussi j'ai été conduit par mes recherches sur l'emploi topique des anesthésiques à penser que le siége de la douleur était presque constamment extérieur. Témoin des effets remarquables des applications de chloroforme dans la colique de plomb, dans le rhumatisme articu-

(1) Dans une série d'expériences que nous avons répétées avec M. Mialhe, nous nous sommes convaincu qu'une solution d'acide urique réduisait le sous-nitrate de bismuth. Le précipité présente alors une coloration d'un gris ardoisé, au lieu de la teinte franchement noire signalée par M. Boettger.

(*Note du Rédacteur en chef.*)

laire aigu, dans la pleurésie, dans la péritonite, etc., etc.; rapprochant ces effets de l'action anesthésique relativement peu profonde et peu pénétrante de cet agent, je me suis souvent demandé, et j'ai souvent posé dans mes leçons cette question : Les douleurs qu'on observe dans le cours des maladies des organes profonds ne sont-elles pas pour la plupart des douleurs superficielles, ayant leur siége à la peau ou dans les parties immédiatement sous-jacentes à celle-ci ?

Les recherches de M. Briquet semblent trancher la question en ce qui touche la colique de plomb : les douleurs si exagérées [illegible] de cette maladie sont probablement superficielles ; mais [illegible] ici, et je ne puis suivre M. Briquet dans les conclusions thérapeutiques qu'il tire de ce fait. Je lui accorde [illegible] que la faradisation cutanée ait enlevé les douleurs, et je vais plus loin [illegible] en lui accordant que les garde-robes se soient rétablies spontanément quelques jours après la cessation des douleurs. Mais si l'on n'avait pas encore précisé le siége de la colique de plomb, on n'en avait pas moins reconnu que les accidents saturnins, quels qu'ils soient, reconnaissent pour cause une véritable intoxication, résultant de la pénétration des molécules plombiques dans l'économie. Personne ne peut dire au juste quelle est la quantité de plomb nécessaire pour donner lieu à la colique ou à la paralysie saturnine ; mais il est certain que les accidents saturnins marquent le moment où l'intolérance du système nerveux commence ; quelques molécules de moins, les accidents sont nuls ou insignifiants; quelques molécules de plus, et les accidents les plus graves se manifestent. J'ajouterai que jamais la colique de plomb ne débute d'emblée ; elle est toujours précédée par des phénomènes qui indiquent la souffrance de l'économie : l'appétit est perdu, les garde-robes sont difficiles, le teint a pris une coloration particulière, c'est-à-dire que, avant que les douleurs se soient localisées quelque part, il y a déjà un état de maladie.

C'est ce qui m'a porté, pour ma part, dans les cas graves, à associer au chloroforme, et c'est ce qui portera avant peu, j'en suis sûr, mon savant collègue à joindre à la faradisation cutanée, les purgatifs pour rétablir les garde-robes, les opiacés, la belladone, ou le chloroforme pour calmer les douleurs, si elles persistent, les bains sulfureux, savonneux et de vapeur pour débarrasser la peau des molécules plombiques qui se trouvent à sa surface. Mais qu'on ne s'y trompe pas, l'électrisation cutanée de la peau de l'abdomen est une opération extrêmement douloureuse, que des hommes courageux peuvent seuls supporter, et, d'un autre côté, tout le monde n'a pas sous la main un appareil magnéto-électrique ou volta-électrique, tandis que le chlo-

roforme se trouve partout. Je crois donc opportun de rappeler en peu de mots en quoi consiste mon traitement par le chloroforme.

Proportionner la dose de chloroforme à l'intensité de la douleur, continuer l'emploi de cet agent *intus et extra*, jusqu'à la cessation complète des accidents et au rétablissement des garde-robes, telles sont les bases de ce traitement :

Le premier jour, application sur l'abdomen d'une compresse sèche, sur laquelle on a versé de 30 à 50 gouttes de chloroforme ; une potion gommeuse de 150 grammes, avec addition de 30 à 50 gouttes de chloroforme ; un lavement simple, suivi d'un quart de lavement gommeux ou mucilagineux, contenant de 20 à 30 gouttes de chloroforme ; et pour la nuit une potion et deux lavements comme les précédents.

Même traitement les jours suivants, en répétant les applications topiques de chloroforme jusqu'à disparition des douleurs, et en continuant les deux potions et les quatre lavements jusqu'au rétablissement des garde-robes, réduisant alors le traitement à une potion et à deux lavements dans les vingt-quatre heures, insistant en même temps sur les bains alternativement sulfureux et savonneux, et sur l'alimentation qu'il faut rendre de jour en jour plus abondante.

L'observation suivante montrera mieux encore de quelle manière le traitement doit être conduit.

Obs. Poirrot, Pierre, âgé de trente-six ans, journalier, entre à l'hôpital Saint-Antoine le 21 octobre dernier. C'est un homme d'une constitution moyenne, d'un tempérament lymphatico-sanguin. Sa santé est habituellement bonne ; il n'a été malade gravement qu'une fois, mais il a eu une colique de plomb, il y a un an, colique qui a été guérie en trois semaines par l'emploi des purgatifs, de la limonade sulfurique et des bains sulfureux. Au commencement d'octobre dernier, Poirrot a été travailler à la fabrique de Clichy, et il a quitté douze jours après son travail, ne souffrant pas, mais ayant dans la gorge un goût sucré. Sept jours après, le 19 octobre, il a été pris de frissons, de douleurs dans les membres, de coliques, de constipation. Les vomissements ont commencé dans la journée du 21, et depuis ce moment ce malade a été en proie à des souffrances très-vives et à des vomissements continuels, avec perte complète de sommeil.

Le lendemain de son entrée, 22 octobre, le malade est dans l'état le plus inquiétant : plaintes, gémissements, aspect de souffrance, pouls très-concentré, battant de 64 à 68 fois par minute, liséré bleuâtre des gencives, dents noirâtres, ventre rétracté, douleur générale dans le ventre, un peu calmée par la pression ; douleurs dans

les reins et entre les épaules, tremblotements petillants des pectoraux, impossibilité d'uriner, vomissements bilieux presque incessants. — Application de 50 gouttes de chloroforme sur le ventre; administration par la bouche de 30 gouttes de chloroforme, *illico*. Dans la journée, une potion avec 50 gouttes de chloroforme, et un lavement simple suivi d'un quart de lavement, avec addition de 30 gouttes de chloroforme. Même potion et même lavement pour la nuit. Bain sulfureux.

23 octobre. — Amélioration déjà très-marquée; moins de vomissements, de douleur et d'agitation; pouls à 60. La peau a noirci par le bain sulfureux. — 2 juleps, chacun avec 50 gouttes, et deux quarts de lavement, chacun avec 50 gouttes de chloroforme. Bouillons, potages.

24 octobre. — Face calme et naturelle, 50 pulsations; les vomissements ont presque cessé, très-peu de douleur dans le ventre. Peu d'appétit, langue humide, pas de garde-robes; encore de la difficulté pour uriner. — *Même prescription*. Une portion d'aliments.

25 octobre. — Pas de douleur dans le ventre ; quelques douleurs dans les épaules; pas de vomissements, sommeil calme, face naturelle; 60 pulsations; peu d'appétit. — *Même prescription*. Deux portions d'aliments.

26 octobre. — Le malade se trouve très-bien et urine librement; face très-calme; 50 pulsations; pas d'appétit, pas de garde-robes. — *Même prescription*. Trois portions d'aliments.

27 octobre. — Très-peu de douleurs; bon appétit, pas de garde-robes. — *Même prescription*.

28 octobre. — Le malade ne souffre plus; une garde-robe très-peu abondante, appétit, peu de sommeil; 60 pulsations. — *Même prescription*.

29 octobre. — Le malade a été à la selle ce matin et trois fois dans la journée; garde-robes très-abondantes et composées de matières liquides et solides. Très-grand soulagement. — Une seule potion avec 50 gouttes, et un quart de lavement avec 30 gouttes de chloroforme. Bain sulfureux. Quatre portions d'aliments.

Les jours suivants, le malade va de mieux en mieux, les garde-robes sont rétablies; on lui fait prendre quelques bains savonneux, et le 31 octobre on cesse le chloroforme. Il reste encore quelques jours à l'hôpital pour une angine tonsillaire et sort guéri de ces deux affections le 15 novembre.

Si, à l'exemple de M. Briquet, nous regardions la douleur comme la caractéristique de la colique de plomb, nous pourrions dire que

notre malade était guéri le quatrième jour et conclure en faveur de l'emploi exclusif du chloroforme; mais si nous remarquons cependant que les garde-robes ne se sont rétablies que trois jours après la guérison des douleurs, nous ne pouvons pas ne pas être d'avis qu'il eût été utile au malade de lui administrer un laxatif dès le troisième ou le quatrième jour du traitement et que nous eussions abrégé d'autant son séjour à l'hôpital. J'en conclus, et c'est par là que je terminerai, que, dans la colique de plomb, pas plus que dans les autres maladies, il n'y a de médication exclusive et absolue. Ce traitement si baroque de la Charité avait du bon, car il avait en vue de remplir les indications principales du traitement de la maladie. Craignons de trop simplifier aujourd'hui, et n'oublions pas surtout le bel aphorisme de Franklin : *Le temps est l'étoffe dont la vie est faite.*

Dr F.-A. Aran.

Véritable formule du thé de Saint-Germain.

Le dernier numéro du *Bulletin de Thérapeutique* reproduit, d'après la Gazette médicale de Lyon, la formule du thé de Saint-Germain. Cette préparation, peu usitée en France, n'y est cependant pas inconnue, puisqu'elle figure dans plusieurs ouvrages nationaux, entre autres la Pharmacopée universelle de Jourdan et l'Officine de M. Dorvault ; toutefois la composition diffère beaucoup de celle que recommande M. le docteur Tessier. Ainsi, non-seulement la proportion des substances diffère, mais les semences d'anis sont substituées aux semences de buis. La voici telle qu'elle se trouve dans toutes les pharmacopées allemandes.

Pr. Feuilles de séné préparées à l'alcool, incisées menu	125 grammes.
Fleurs de sureau	75 grammes.
Séminoïdes de fenouil	36 grammes.
Séminoïdes d'anis	36 grammes.
Crème de tartre	24 grammes.

Mêlez.

La préparation du séné par l'alcool est depuis longtemps déjà mise en usage par les pharmacopées de Prusse et de Vienne, sous la dénomination de *folia sennæ sine resina*. Elle consiste à faire macérer une partie de feuilles mondées dans quatre parties d'alcool à 36° ; après douze ou quinze heures, au plus, on décante et on exprime fortement les feuilles, que l'on porte sur une claie et que l'on laisse sécher à l'air. Cette opération a pour but d'enlever au séné la majeure partie de son principe drastique, la *cathartine*, qui

cause les violentes coliques qu'éprouvent les malades purgés par ce végétal. Telle est la véritable recette du thé de Saint-Germain; je crois que les semences d'anis qui entrent dans cette formule, seulement comme aromates, sont de beaucoup préférables aux semences de buis qui figurent dans le mélange employé par M Teissier. La formule de la pharmacopée de Prusse est celle que j'emploie depuis plus de quinze ans; ce remède, populaire en Allemagne, est certainement un des meilleurs moyens à opposer à la constipation. La dose est de 5 à 10 grammes (une à deux cuillerées à bouche), infusés pendant un quart d'heure dans une tasse à thé d'eau bouillante, prise le soir ou le matin. PIERLOT, pharmacien.

BULLETIN DES HOPITAUX.

UN MOT SUR L'ÉPIDÉMIE DE GRIPPE QUI RÈGNE A PARIS EN CE MOMENT. — Nous traversons en ce moment à Paris une nouvelle épidémie de grippe, et bien que cette épidémie ne se soit pas fait remarquer jusqu'ici par la gravité extrême de quelques-unes de ses aînées, elle n'en a pas moins présenté quelques traits particuliers qui la recommandent à l'attention des praticiens.

C'est vraiment à l'étude de maladies telles que la grippe qu'il faut renvoyer les localisateurs et les inventeurs de nouvelles dénominations médicales fondées sur la localisation. Qu'ils veuillent bien nous dire, par exemple, quelle localisation précise donner à ces accidents qui débutent comme une maladie aiguë, avec frisson, fièvre, chaleur vive à la peau, soif intense, accablement, fatigue générale, et qui se prolongent ainsi vingt-quatre ou quarante-huit heures, sans presque aucun phénomène important vers l'appareil respiratoire. Qu'ils veuillent bien nous indiquer le nom qu'ils imposent à ces cas dans lesquels toutes les muqueuses respiratoires, la muqueuse oculaire, voire même la muqueuse digestive, semblent affectées, et, quelque longueur qu'ils donnent à leur terminaison en *ite*, nous doutons qu'ils mettent la main sur un mot convenable pour représenter une affection aussi complexe.

Il est, au contraire, un mot, emprunté à un vocabulaire médical bien suranné, qui représente parfaitement toutes ces localisations et un plus grand nombre encore, lorsqu'elles sont susceptibles de s'associer, c'est le mot *fièvre catarrhale*. Oui, c'est une véritable *fièvre* que la grippe, une maladie qui naît sous des influences inconnues, qui ne connaît aucune espèce de règle dans le mode de son invasion, dans le nombre de ses localisations, lorsqu'il en existe, et qui

s'entoure de phénomènes graves en apparence, alors que les localisations présentes ou futures sont tout à fait insignifiantes.

Dans l'épidémie que nous traversons en ce moment, nous avons été frappé principalement des caractères inflammatoires des accidents, et même, dans certains cas, les accidents avaient revêtu au début et ont conservé ce caractère pendant un certain temps, vingt-quatre ou quarante-huit heures, sans localisation bien déterminée, avec un accablement marqué, sans être excessif, une fièvre très-intense avec soif vive et chaleur à la peau, rougeur du visage, injection des yeux, battement violent des artères, bientôt suivis de sueurs plus ou moins abondantes. Et à ces phénomènes du début s'ajoutaient peu à peu quelques phénomènes du côté des voies respiratoires supérieures, un peu de coryza, un peu de toux, d'éternuement, etc. Ces phénomènes devenaient plus intenses, jusqu'à occuper la première place, la fièvre cessant presque aussitôt leur apparition. Telles étaient dans les premiers jours, chez quelques malades, la rougeur des yeux, l'injection de la peau, qu'on aurait pu croire à une rougeole, n'eût été l'absence des phénomènes ordinaires du catarrhe et le début relativement si récent des accidents.

Mais une fois les voies respiratoires prises, il se faisait quelquefois des localisations redoutables, et nous avons été frappé du nombre considérable de pneumonies doubles que nous avons rencontrées même chez de très-jeunes gens, toutes entées sur des bronchites, mais avec des bronchites réellement insignifiantes. Ces pneumonies doubles n'ont pas présenté généralement l'ensemble des caractères qu'elles offrent habituellement, et plusieurs d'entre eux faisaient défaut. C'est ainsi qu'il y avait absence presque complète d'expectoration caractéristique et même d'une expectoration quelconque; point de côté variable et fugitif; la fièvre n'était pas toujours très-intense, mais ce qui ne manquait pas, c'était la gêne de la respiration, c'était surtout la fréquence des mouvements respiratoires que nous avons vus s'élever à soixante-douze par minute, alors que le pouls battait au plus quatre-vingt-huit ou quatre-vingt-douze fois dans le même temps. Tous les malades étaient très-accablés, mais plus par la fièvre qu'opprimés dans leur force : ils s'asseyaient sans grande difficulté dans leur lit, restaient ainsi sans avoir besoin d'être soutenus, et plusieurs d'entre eux, atteints de doubles pneumonies, avaient continué de se lever chaque jour.

Si les phénomènes caractéristiques de la pneumonie faisaient défaut dans cette épidémie, en revanche, dans quelques cas de fièvre catarrhale simple, sans que la maladie se soit jamais élevée à

aucun moment au delà du caractère de la bronchite, il existait une douleur, un point de côté très-intense, tantôt augmentant par la pression et rappelant les douleurs névralgiques, tantôt n'augmentant pas de cette manière, mais toujours exaspéré par les grandes inspirations et produisant dans certains cas une dyspnée dont les malades s'alarmaient fortement. Tantôt cette douleur s'est dissipée avec la plus grande facilité, à la suite de l'application d'un sinapisme, et tantôt, au contraire, le soulagement n'a été que momentané; et trois ou quatre jours après, les malades, presque convalescents de leur grippe, se plaignaient de leur point de côté, comme s'il y eût eu un petit point pleurétique.

Le traitement de la grippe, dans l'épidémie actuelle, nous a paru être d'une grande simplicité : des boissons délayantes, des sinapismes et des pédiluves sinapisés pour combattre les accidents fébriles, des boissons béchiques et calmantes pour apaiser la toux, et, dans les cas plus intenses, quelques préparations opiacées pour diminuer la gêne de la respiration et les douleurs de poitrine occasionnées par les quintes de toux, telles sont les bornes dans lesquelles on a pu généralement se renfermer sans inconvénients pour les malades. Chez les personnes fortes et robustes, une saignée du bras nous a paru abréger singulièrement les accidents, et la manière dont elle était supportée nous a fait penser qu'il en serait de même dans les pneumonies doubles dont nous avons parlé. Nous avons été témoin de plusieurs cas très-graves, où les accidents paraissaient remonter à huit et dix jours, dans lesquels les émissions sanguines faites d'une manière assez large, et associées plus tard au tartre stibié à dose assez élevée, ont fait justice des accidents. Nous ne faisons pas plus d'honneur qu'il ne convient au traitement, la pneumonie lobulaire ayant été plus rare que dans les épidémies précédentes; mais nous ne voulons pas, alors que l'épidémie n'est pas arrivée à son terme, ne pas donner confiance à nos confrères dans les moyens qu'ils manient tous les jours et dont ils se défient, précisément et avec raison, dans toutes les épidémies dont le génie ne leur est pas connu.

Nous ne savons encore, et l'avenir seul pourra dire quel contingent de mortalité doit revenir à l'épidémie actuelle; mais si nous en jugeons par ce que nous avons observé jusqu'ici, nous croyons que la médecine est appelée à y marquer son influence bienfaisante plus que dans beaucoup de celles qui l'ont précédée, et nous posons presque en principe que, à part les cas de pneumonie développés chez des vieillards ou chez des individus cachectiques, la guérison

que secondaire. Les exemples d'albuminurie reconnus ainsi se sont multipliés en très-grand nombre dans ma pratique. Cependant quatre de ces personnes étaient atteintes de diabète sucré, et présentaient dans les rétines des caractères anatomiques absolument identiques.

« Les caractères ophthalmoscopiques qui distinguent l'albuminurie, et que j'ai aussi rencontrés, mais bien plus rarement, dans le diabète sucré, sont très-faciles à reconnaître. Il y a dans la rétine, généralement au voisinage de la papille, de petites plaques de couleur rouge vif, et qui, vues avec les verres grossissants ordinaires, varient sous le rapport de leur grandeur entre le point le plus fin et une plaque de 1 à 2 millimètres de diamètre environ. Quelquefois j'ai vu des plaques plus larges, mais cela est moins commun. Ces plaques rouges sont disséminées assez régulièrement en éventail : on les voit généralement placées entre le point de bifurcation des vaisseaux rétiniens; quelquefois, mais plus rarement, près du vaisseau même, loin du point où il se divise. Chaque plaque rouge offre presque toujours, sur une partie de sa circonférence, une tache blanche semblable à celles que l'on voit dans les apoplexies rétiniennes. Ces taches, dans les cas datant déjà de loin, s'agrandissent à mesure que la plaque rouge diminue. Elles me paraissent dues à la résorption du pigmentum, qui se fait en même temps que celle du sang épanché, et non à des épanchements fibro-albumineux organisés.

« En même temps que l'on constate la présenee de ces plaques rouges et des taches blanches qui les accompagnent et les suivent, on voit encore assez souvent que les vaisseaux de la rétine sont accompagnés de traînées blanches, presque transparentes, et que toute la membrane a pris l'aspect particulier caractéristique de l'œdème rétinien avec infiltration de la papille. Plus tard cette teinte blanchâtre s'étend, devient plus manifeste, et la rétine subit la transformation graisseuse. A ce moment, le malade est à peu près aveugle, surtout quand les désordres occupent les régions de la macula.

« Ces caractères anatomiques, je le répète, n'existent pas toujours, car je les ai vus manquer le plus souvent, ce qui tient peut-être à la période de la maladie pendant laquelle on fait la recherche. On doit cependant faire cette réflexion, que tous les malades atteints de néphrite albumineuse ne deviennent pas amblyopiques, et qu'il peut bien arriver aussi que les personnes amblyopiques par cette cause n'offrent pas toutes des caractères anatomiques saisissables dans leur rétine. »

Parmi les faits que l'auteur publie comme exemples de la possi-

bilité de diagnostiquer l'albuminurie à l'examen ophthalmoscopique de la rétine, nous choisissons les deux suivants.

La première observation a pour sujet un haut personnage de la marine, l'amiral D. T., et nous regrettons que M. Desmarres n'ait pas cru devoir combler les lacunes qui existent dans la note rédigée par le malade; ainsi aucune mention de l'âge, ni de l'état général, ni de la marche de la maladie. Malgré ces omissions, le fait n'en demeure pas moins intéressant, et nous le reproduisons avec les gravures sur bois, que nous devons à l'obligeance de l'éditeur, M. Germer-Baillière.

Obs. I. *Amblyopie albuminurique. — Taches ecchymotiques de la rétine révélées par l'ophthalmoscope.* — « Ma maladie des yeux est due, à l'origine, à une ophthalmie très-intense que j'ai éprouvée au commencement de l'année 1846, et que j'ai complétement négligée, espérant, comme je l'avais déjà éprouvé, qu'elle s'en irait comme elle était venue, toute seule. Malheureusement il n'en fut point ainsi : cette ophthalmie devint chronique, et j'éprouvais des alternatives de mieux et de mal. Mes paupières devinrent rubescentes et furent atteintes d'une nouvelle maladie, que je crois être celle de la granulation. Je combattis ce nouveau mal par des cautérisations au nitrate d'argent qui n'amenèrent toutefois qu'une modification en bien très-douteuse. J'éprouvais des contractions de l'œil pendant lesquelles mes paupières inférieures se roulèrent sur elles-mêmes en se renversant à l'intérieur, d'où il est résulté une espèce d'habitude qui faisait frotter mes cils inférieurs sur le globe de l'œil. Ce frottement presque incessant causa, comme l'aurait pu faire un corps étranger, une irritation du globe de l'œil, qui se manifestait par une rougeur du blanc de l'œil, dont l'intensité allait quelquefois jusqu'à la couleur naturelle du sang. Toutefois, jusque-là, la vision de l'œil n'était atteinte à aucun degré.

« L'exposé de cette situation date de 1846 et va jusqu'en juin 1855, époque à laquelle je me soumis à des cautérisations réitérées et extérieures de la paupière inférieure de l'œil, dans l'espérance d'obtenir le redressement des cils inférieurs et le retour à leur position normale. Mes espérances furent déçues, et je crains bien tout au contraire que le résultat n'en ait été très-funeste à ma vue. Avant de me soumettre à ce traitement en juin, j'avais déjà éprouvé une atteinte à ma vision, qui s'était manifestée par l'apparition d'une sorte de brouillard devant mes yeux, lequel m'empêchait de distinguer les objets à une très-courte distance : le grand air me faisait éprouver en même temps un larmoiement très-incommode. Depuis l'usage des cautérisations, ma vue me semble avoir baissé : avant je lisais avec peine, mais sans lunettes; depuis je ne puis plus lire, même avec les lunettes. Je crois avoir reconnu que le brouillard que j'apercevais en juin ne se reproduit plus devant mes yeux avec la même intensité, mais il me semble quelquefois que les figures des personnes qui passent à côté de moi sont couvertes comme d'une ombre qui m'empêche de distinguer leurs traits et de les reconnaître. Cette apparence ne subsiste pas toujours; quelquefois je distingue. Des larmes se produisent toujours à l'exposition au grand air, cependant elles sont moins abondantes.

« Pendant toute la période de la maladie de mes yeux que je viens de décrire, il m'est arrivé de souffrir beaucoup : j'ai éprouvé, à la vue des lumières, des

élancements dans l'œil semblables à des piqûres d'aiguilles; d'autres fois des douleurs nerveuses dans le globe de l'œil, comme s'il avait été comprimé par des étreintes de fer; quelquefois il m'est apparu comme des cercles de feu, d'autres fois une espèce de réseau de points noirs qui voltigeaient. Je ne puis préciser aucune époque à ces divers incidents. A présent, je ne ressens que rarement des douleurs, les lumières m'incommodent beaucoup moins et ne reproduisent plus d'élancements dans les yeux.

« Il me paraît quelquefois, quand je me réveille la nuit, que mes yeux éprouvent une sorte de sécheresse, et en m'éveillant j'ai quelquefois un peu de chassie sèche. »

A la suite de cette note, M. Desmarres ajoute les renseignements suivants :

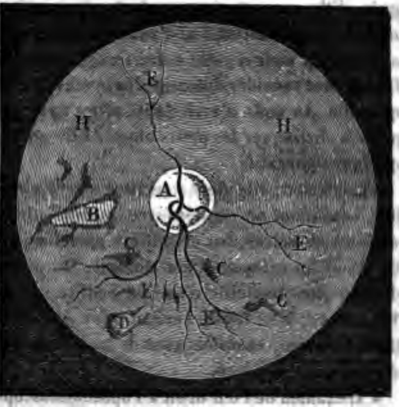


Fig. 4. — Œil droit.

A. papille du nerf optique. — E. veines. — F. artères. — C. épanchements de sang, dessinés en noir. — D. épanchements semblables au centre desquels on voit une tache blanche due à la résorption du pigmentum. — B. larges plaques blanches entourées d'un liséré de pigmentum ainsi que C, et qui paraît dû à un large foyer apoplectique résorbé. — H. parties saines.

« J'ai vu pour la première fois, en août 1855, M. l'amiral D. T., auteur de cette note. Il était alors atteint d'un entropion aux deux paupières inférieures qu'une simple excision de la peau, d'après le procédé de Janson, guérit rapidement. Jusque-là l'amiral ne s'était plaint que de cuissons et de brouillards qui pouvaient être rapportés en entier au renversement des cils contre le globe; mais en janvier 1856 il vint me consulter de nouveau pour un affaiblissement si considérable de la vue, qu'avec ou sans lunettes la lecture lui était presque impossible. Je l'examinai aussitôt avec l'ophthalmoscope et, constatant que ses rétines étaient le siége de nombreuses petites ecchymoses, je l'invitai à uriner, et je constatai qu'il était atteint d'une albuminurie. Une consultation entre M. Charruau, médecin ordinaire de l'amiral, et M. Rayer, me fut accordée, et le traitement formulé. Le malade suivit exactement le traitement pendant toute l'année 1856; de temps en temps l'albumine disparaissait des urines ou s'y montrait plus abondante, et aujourd'hui (avril 1857), il peut se conduire encore, mais sa vue s'est considérablement affaiblie.

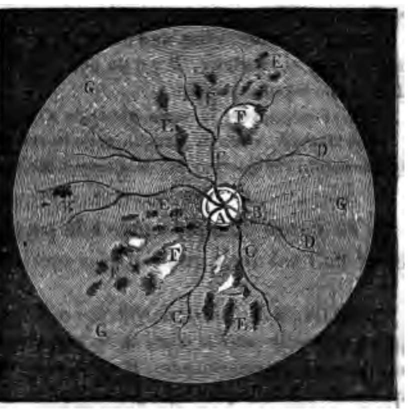
« Le 8 janvier 1856, j'ai dessiné les deux yeux (Voir fig. 1 et 2), et, le 5 juillet suivant, je n'ai pu trouver aucune différence qui méritât la peine d'être notée. »



(Fig. 2.) — *Œil gauche.*

A, papille. — E, veines ; les artères ont été négligées. — C, épanchements de sang très-rouge dessinés en noir. — D, autre épanchement dont le centre est résorbé. — B, larges plaques semblables à celles de l'œil droit, mais plus petites. — H, parties saines.

Le peu d'amélioration éprouvée par le malade, sous l'influence d'un traitement bien formulé et exactement suivi, semble prouver que le signe révélé par les ecchymoses de la rétine a sa plus grande valeur au point de vue du pronostic, et je la formulerais ainsi : il y a peu d'amélioration de la vue à attendre du traitement général de l'affection, lorsqu'on constate des plaques ecchymotiques dans la rétine.



(Fig. 3.)

A, papille du nerf optique. — B, dépôts de pigmentum. — C, veines. — D, artères. — E, petites plaques de sang très-rouges, isolées, et dont quelques-unes ont dans leur voisinage une tache blanche formée par la résorption évidente du sang et du pigmentum sous-jacent. — F, taches blanches de même nature, mais beaucoup plus larges. — G, parties saines.

Ce caractère anatomique, lorsqu'il existe, a-t-il la même signification dans le diabète sucré ? Les faits sont encore en trop petit nombre pour trancher cette question. L'affaiblissement de la vue me paraît être un phénomène plus constant dans la glycosurie que dans la néphrite albumineuse ; et, à en juger par mes seuls souvenirs, l'amélioration de la vue plus constante ; toutefois, c'est à l'observation de démontrer si, alors même qu'il existe des désordres anatomiques de la rétine, l'amendement de la vue se produit encore. Les deux faits publiés par M. Desmarres semblent prouver que non. Voici ces deux observations.

« OBS. II. Mme Rouzé, femme d'un garde à la faisanderie de la forêt de Saint-Germain, est âgée de quarante-six ans. C'est une femme à tempérament sanguin. Elle a eu plusieurs enfants. Sa santé a toujours été bonne. Elle n'a jamais eu de rhumatisme ni d'antécédents spécifiques. Depuis trois ans, Mme Rouzé a beaucoup maigri ; elle a des transpirations abondantes, et depuis six mois ses forces sont considérablement diminuées. Elle urine très-souvent et en grande quantité. Au mois d'avril 1856, elle s'aperçoit que sa vue diminue, elle a de la peine à distinguer les petits objets. Elle consulte son médecin qui lui ordonne quelques purgatifs.

« Le 25 août, elle vient consulter à la Clinique. A cette époque elle ne peut plus lire, cependant on ne découvre aucune altération de l'œil ; les pupilles sont mobiles et noires, les cristallins parfaitement purs ; les papilles des nerfs optiques et les rétines à l'état normal. On prescrit dix sangsues à l'anus ; le lendemain une bouteille d'eau de Sedlitz, pilules d'Anderson, régime doux. Le 19 octobre, Mme Rouzé revient ; son état n'a fait que s'aggraver. L'urine contient du sucre ; chauffée avec de la potasse caustique, elle prend une couleur d'un brun très-foncé.

« L'examen de l'œil droit à l'ophthalmoscope fait reconnaître un trouble très-marqué dans l'humeur vitrée ; des ecchymoses dans la rétine, les unes récentes, les autres anciennes et résorbées ; des troubles dans la sécrétion du pigmentum formant ce que l'on a appelé la macération du pigmentum ; dans certains endroits il est accumulé, dans d'autres il a disparu. La coloration générale du fond de l'œil est moins rouge ; elle est un peu pâle et grise.

« *Traitement.* — Pas de pain de froment, du gluten pur, 1 gramme de sous-carbonate de fer, vin rouge, viande rôtie, etc.

« Le 2 décembre, l'état de l'œil est le même. Elle en voit cependant un peu mieux pour se conduire. Il y a un peu moins de trouble dans l'humeur vitrée. Elle urine beaucoup moins.

« Le 16 décembre, la santé générale s'est améliorée.

« Le 20 avril, le mieux persiste, mais la vue demeure toujours dans le même état (Observation rédigée par M. le docteur Moricand).

« La figure 3, représentée à la page précédente, donne le dessin exact de l'œil droit que j'ai pris moi-même. »

« OBS. III. M. L. Morel, de Villefranche, âgé de cinquante-cinq ans, a toujours joui d'une belle santé et d'une belle corpulence ; il n'a pas d'antécédents spécifiques, pas de rhumatismes. Il a toussé pendant dix-huit mois, il y a près de quinze ans ; mais depuis il n'a jamais souffert de la poitrine ; et, sauf des transpirations abondantes, surtout excessives la nuit, il n'a pas remarqué d'autres particularités dans sa santé.

« Il y a cinq ans, il a commencé à maigrir, et progressivement son embonpoint a notablement disparu ; en même temps ses forces ont considérablement diminué. Sa vue a un peu faibli, mais il s'est mis à porter des lunettes et s'en est très-bien trouvé.

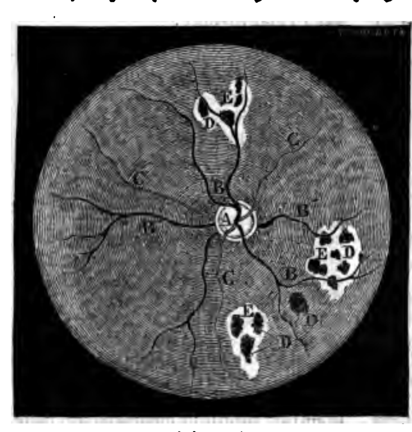
« En juin 1856, sa vue s'altérant, M. Morel consulte M. Pétrequin, qui prescrit une médication anticongestive ; la première ordonnance n'a été que très-imparfaitement suivie, la deuxième pas du tout. M. Morel consulte aussi M. Rayer, qui conseille un traitement analogue.

« L'amblyopie faisant des progrès sensibles, le malade vient au mois d'août me consulter, et je reconnais :

« Que les pupilles sont mobiles et noires, les cristallins parfaitement purs, les papilles des nerfs optiques et les rétines à l'état normal ;

« Que la vue s'est abaissée considérablement depuis un mois, et que la lecture est devenue impossible ;

« Que la santé générale, bonne autrefois, a souffert depuis quatre ou cinq années, et qu'il y a un amaigrissement progressif.



(Fig. 4.)

A, nerf optique. — B, veines. — B', veines sortant sous la papille. — D, plaques de sang très-rouge, siégeant pour la plupart sur une large tache blanche due à la disparition du pigmentum. — E, taches blanches dues à la résorption du pigmentum choroïdien.

« Désirant en connaître la cause et soupçonnant, par suite des symptômes locaux, qui tous sont négatifs, que M. Morel pouvait être atteint, soit d'une albuminurie, soit d'un diabète sucré, j'ai dû faire des recherches dans ce sens, et j'ai reconnu qu'en effet il y a glycosurie. M. Mialhe, sur mon invitation, a examiné les urines et a reconnu qu'elles contiennent 87 grammes 89 centigrammes de sucre par litre.

« Je conseille à M. Morel le traitement indiqué à l'observation précédente.

« Le 24 août 1856, les urines furent de nouveau examinées par M. Bouchardat, qui n'a pas trouvé de sucre ; le malade avait déjà reconnu cette disparition à la saveur.

« En novembre, il semble à M. Morel qu'il voit un peu mieux.

« Le 28 décembre, la lecture est difficile (Observation rédigée par M. le docteur Moricand).

« L'examen à l'ophthalmoscope (Voir ci-dessus, fig. 4) fait reconnaître les mêmes altérations qui viennent d'être signalées dans l'observation précédente. »

M. Desmarres termine son chapitre en se demandant si les excès vénériens et la masturbation, qui exercent aussi une influence si fâcheuse sur la vision, ne peuvent finir aussi, dans les cas extrêmes, par déterminer des diffusions sanguines sous-rétiniennes, analogues à celles qu'il a observées dans l'albuminurie et le diabète? Comme lui, nous regardons le fait comme probable ; mais l'enseignement le plus intéressant qui ressortirait de ces études nouvelles serait de préciser la valeur réelle de ces lésions anatomiques au point de vue des effets du traitement général sur un des symptômes qui alarment le plus les malades atteints d'albuminurie et de diabète.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Amygdalite. *émission de la voix douloureuse, puis impossible : ablation : guérison.* Tous les médecins connaissent l'influence des lésions du larynx, des bronches et des organes thoraciques sur l'altération de la voix, et, de fait, rien de plus simple et de plus naturel : mais on a prêté jusqu'ici beaucoup moins d'attention à l'action que peuvent exercer sur la phonation les lésions de quelques-uns des organes situés au-dessus du larynx. Il faut arriver jusqu'en 1855, c'est-à-dire aux observations publiées par Bennati dans ses Études physiologiques et pathologiques sur les organes de la voix humaine, pour trouver quelques données précises sur l'aphonie *supra-laryngienne* et sur les altérations de la voix, que produit la phlogose de la muqueuse gutturo-palatine.

Le fait suivant, publié récemment par M. le docteur Ancelon, de Dieuze, en nous faisant connaître un fait intéressant d'aphonie résultant d'une amygdalite, vient montrer une fois de plus combien il importe d'apporter de soin dans l'examen des malades et dans la recherche des lésions très-diverses qui peuvent produire l'aphonie.

Joséphine J..., âgée de vingt-deux ans, d'une constitution assez robuste, d'un tempérament sanguin lymphatique, est entrée à l'hôpital de Dieuze, le 5 octobre 1857, pour un mal de gorge qui remontait à environ quatre années. Elle raconte (par écrit, car elle ne peut plus parler) que le 30 janvier 1853, elle fut prise d'une amygdalite aiguë, soignée d'abord par des applications de sangsues, de cataplasmes émollients, de vésicatoires autour du cou, puis par des gargarismes alumineux, de la tisane de quassia-amara, des cigarettes chargées d'arsenic, de camphre et de benjoin.

Ce premier traitement étant resté sans succès, on lui conseilla les Eaux-Bonnes; mais à l'extinction de voix qui progressait, il se joignit des symptômes nerveux. Durant trois années, on eut recours successivement aux bains de vapeur, à l'usage interne de la morphine, du chloroforme, de l'huile de foie de morue, de l'iodure de potassium, aux cautérisations de l'isthme du gosier par l'azotate d'argent. C'est alors que l'émission de la voix, de plus en plus douloureuse, devint complétement impossible. Enfin, durant un séjour de huit jours à l'hôpital d'une grande ville, la malade consulta tous les chefs de service qui, la considérant comme incurable, ne jugèrent pas à propos de lui faire de prescriptions. Ce fut alors qu'en désespoir de cause elle se présenta à la consultation de M. Ancelon, dans l'état suivant :

L'arrière-bouche, le voile et les piliers du palais sont d'un rouge [illegible]rante ; la luette et les amygdales, énormément gonflées, ont revêtu la même teinte : celles-ci, accolées l'une à l'autre, se touchent par une large surface ulcérée et granuleuse. Les muscles du gosier entrent très-difficilement en action ; une souffrance vive accompagne les mouvements de la déglutition, ceux de la voix, et s'oppose complétement à l'articulation des mots. Bien qu'il se développe de la sensibilité dans la pression latérale, dans les mouvements d'élévation et d'abaissement du larynx, il y a absence complète de toux. La poitrine était d'ailleurs en [illegible] état; il n'existait point de [illegible] [illegible]brile. Convaincu de l'[illegible] [illegible] toute thérapeutique médicale dans cette circonstance, M. Ancelon s'arrêta au parti de l'ablation des amygdales.

Le 7 octobre, l'amygdale droite, la plus volumineuse et la plus érodée à la fois fut enlevée. L'écoulement du sang fut d'abord insignifiant et sembla avoir cessé entièrement vers la fin de la première demi-heure. Mais une heure environ après, une inquiétante hémorrhagie se déclara, qui força à recourir aux réfrigérants sur le cou, aux gargarismes d'eau de Pagliari, aux sinapismes promenés sur les extrémités inférieures.

Dès le lendemain tous les tissus de l'arrière-bouche et de l'isthme du gosier avaient de la tendance à reprendre leur aspect normal, quant au volume et à la couleur.

Du 8 au 15, la patiente, après quelques tentatives d'abord infructueuses, prononçait à voix basse, il est vrai, mais avec infiniment moins de douleur et de difficulté, quelques monosyllabes. Le 16, l'amygdale gauche, qui avait conservé sa densité et ses dimensions exagérées, fut retranchée à son tour. Joséphine J... a quitté l'hôpital de Dieuze le 24 octobre, après avoir employé huit jours à refaire l'éducation de sa voix. Elle parle, maintenant que toute trace de sensibilité a

disparu, comme si jamais elle n'avait été condamnée à son douloureux mutisme. (*Gazette des Hôp.*, déc. 1857.)

Asthme *spasmodique* (*Influence des conditions d'habitation sur l'*). M. Salter établit, d'après une trentaine d'observations personnelles, que l'asthme, affection ordinairement tenace et souvent rebelle à tout remède, guérit fréquemment par le changement de résidence; et que la cure se maintient tant que l'individu reste dans le lieu où elle s'est effectuée. Poussant plus loin cette recherche, il a voulu déterminer, par expérience, quelles sont les conditions les plus propres à opérer une pareille amélioration. Or, il résulte de ses observations que le séjour des grandes cités mérite la préférence sous ce rapport; qu'il faudrait même, là, choisir les parties les plus malsaines de la ville; de sorte que « l'air le pire pour la santé générale est, en principe, le plus favorable pour l'asthme. » Londres, bien entendu, lui paraît digne de la préférence à ce point de vue. — Des exceptions s'observent cependant. Mais, en général, le médecin ne sera point trompé dans son attente en conseillant aux asthmatiques le séjour d'un climat qui soit, le plus qu'il se puisse, différent de celui où ils ont vu la maladie se développer. — La disposition morbide, il importe de le faire remarquer, n'est par là que suspendue et non conjurée. Plusieurs médecins anglais, MM. Ward, Camps, Rogers, Ch. Thompson, ont confirmé de leur autorité la réalité de cette influence de l'atmosphère des grandes villes, influence que le dernier attribue à l'absence d'effluves miasmatiques et d'exhalaisons végétales. (*The Lancet* et *Gaz. méd. de Lyon*, janvier.)

Cancers. *Malignité diverse selon leur siége*. Dans une discussion récente sur la gravité comparative et la faculté récidivante, propres aux affections cancéreuses, M. Verneuil a fort judicieusement rappelé qu'il faut distinguer les cancers de la continuité de la peau d'avec ceux qui siégent aux orifices. Le cancer des orifices lui semble d'une nature plus maligne, plus susceptible de repulluler que l'autre. Sur un grand nombre d'observations de cancer de la continuité de la peau du visage, il a trouvé une trentaine de cas de cancroïdes sébacés ou sudoripares, qui, pour la plupart, dataient d'un grand nombre d'années. C'est probablement aux faits appartenant à ce dernier ordre qu'Amussat avait puisé ses observations les plus nombreuses à l'appui de son opinion sur les excellents résultats fournis par la cautérisation dans les cas de cancroïde de la face. (*Bullet. de la Soc. de chirurgie*, décembre 1857.)

Cautérisation *sous le bandage amidonné*. Il existe un moyen très-simple et très-sûr de prévenir presque complétement les douleurs qu'entraîne la cautérisation profonde par la potasse. Ce moyen est l'application immédiate, autour des parties cautérisées, d'un bandage amidonné disposé de manière à assurer une immobilité complète et à mettre les parties brûlées à l'abri du contact de l'air, par une couche de coton épaisse et étendue. Cette combinaison diminue la lenteur toujours si grande du traitement des maladies graves des articulations; elle donne à la cautérisation révulsive une innocuité et des avantages qu'elle est loin d'avoir lorsque les membres sont abandonnés à leur liberté. La cautérisation par le chlorure de zinc, pratiquée suivant cette espèce de méthode sous-cutanée, est beaucoup moins douloureuse que dans les conditions ordinaires; et elle permet enfin d'aborder avec des chances de succès l'ouverture des abcès profonds, même lorsqu'ils communiquent avec les cavités articulaires.

Telles sont les propositions que M. le professeur Bonnet, de Lyon, appuie sur des faits cliniques qui font le sujet d'un mémoire inséré dans la Gazette médicale de Lyon.

Dans les cas de tumeurs blanches avec difformité, traitées par le redressement immédiat, dit M. Bonnet, on prévient par l'immobilisation les accidents et les douleurs qu'auraient pu produire les efforts de redressement, mais on ne fait disparaître par ce moyen que d'une manière imparfaite les engorgements et les souffrances chroniques dont les articulations sont le siége. Les cautérisations révulsives ou directes sont alors parfaitement indiquées. Mais si on ne les pratique qu'après avoir enlevé le bandage amidonné, une nouvelle période de repos devient nécessaire, et les mouvements de la jointure, non assujettie, peuvent contrarier l'effet des révulsifs. Pour abréger le traitement et en assurer les effets, M. Bonnet a eu l'idée de couvrir l'articulation malade de cautères

et de placer immédiatement sur eux le bandage amidonné. Il a appliqué jusqu'à présent cette méthode à six malades affectés de coxalgies. Chez tous, les cautères ont été placés au nombre de quatre autour du grand trochanter; le bandage amidonné a été étendu depuis le pied jusqu'autour du bassin, et immédiatement solidifié par la superposition d'attelles en fil de fer ou par l'assujettissement dans une gouttière double. Aucun de ces malades n'a éprouvé de souffrances.

La même puissance préventive des douleurs a été observée dans deux lésions du genou. Sur l'une d'elles il n'y eut qu'une application de potasse; sur l'autre, il y en eut six.

Enfin, même résultat dans une tumeur du pied.

L'absence presque complète de suppuration a été aussi constante que l'absence de douleur.

Quant aux résultats curatifs, voici quelques-uns de ceux que M. Bonnet a constatés : sur les six cas de coxalgie dont il a été question, il y en a eu trois dans lesquels on avait constaté ou soupçonné des abcès profonds. Dans ces trois cas, les abcès sont devenus manifestes; avec le temps, la cautérisation révulsive n'a produit aucun effet curatif.

Chez trois autres malades qui n'ont point eu d'abcès, la guérison a été obtenue, et il y a eu lieu de présumer que la cautérisation révulsive avait contribué au résultat.

Chez les malades affectés de maladies du genou, du poignet et du pied, la cautérisation a produit également de l'amélioration.

Des essais ont été faits avec le chlorure de zinc. Il n'y avait pas lieu d'espérer, avec le chlorure de zinc, un résultat aussi complet qu'avec la potasse; mais il était permis d'attendre de l'action du bandage amidonné une notable diminution de douleurs. L'expérience a confirmé cette double supposition.

En résumé, des deux ordres de faits rapportés par M. Bonnet, les premiers démontrent que le bandage amidonné prévient toutes les douleurs produites par la potasse, lors même qu'on en applique de quatre à six pastilles; de plus, tous les accidents reprochés dans les graves maladies articulaires à la cautérisation révulsive sont écartés, et l'on peut associer simultanément un grand nombre de méthodes efficaces; une tumeur blanche avec grave déformation étant donnée, on peut, dans la même séance, opérer le redressement, cautériser et immobiliser, de telle sorte que quand on enlève le bandage on trouve le membre tout à la fois dans une bonne direction et en voie de résolution, pourvu toutefois qu'il n'y ait pas des lésions trop graves, et entre autres, des abcès intra-articulaires.

Quant aux efforts obtenus de la combinaison du bandage amidonné avec la cautérisation par la pâte de chlorure de zinc, ils ont été moins remarquables sous le rapport de la diminution des douleurs, puisque, à part les cas où l'application a été unique, les souffrances ont duré plusieurs jours; mais les résultats thérapeutiques ont été plus importants et plus incontestables. Ils laissent entrevoir la possibilité de guérir les tumeurs blanches suppurées, avec ou sans trajet fistuleux, sans assujettir les malades au lit, et tout en leur permettant d'aller à la campagne et de prendre un exercice toujours si utile à leur santé et si propre à favoriser toutes les autres parties du traitement général. (*Gaz. méd. de Lyon*, novembre.)

Fièvre intermittente, *quotidienne et chronique, causée par une application caustique sur le gland.* Bien que l'observation que nous allons rapporter ne réponde peut-être pas parfaitement à son titre, rien n'établissant d'une manière certaine que l'application caustique dont il s'agit ait été la cause directe et unique de la fièvre, elle ne nous en a pas moins paru très-intéressante, surtout sous le point de vue thérapeutique, en montrant d'une part l'inutilité des médicaments spécifiques mis en usage, et d'autre part l'efficacité d'un changement d'air et de lieu dans une affection à éléments complexes.

M. L..., élève en médecine de vingt-trois ans, d'un tempérament nerveux, jouissant habituellement d'une bonne santé et placé dans les meilleures conditions hygiéniques, s'aperçut, au mois d'octobre 1847, en se livrant à des soins de propreté, qu'il avait sur la verge deux plaques molles de la grosseur d'une petite lentille, sans liquide, sans ulcération, sans changement de couleur. Dans le doute où l'on était sur l'origine de ces plaques qui ne paraissaient point se rattacher à un coït suspect, et par mesure de précaution, on conseilla à ce jeune homme de les faire disparaître au moyen d'une profonde cautérisation. Il appliqua en

conséquence sur les plaques en question une large couche de caustique de Vienne.

Le caustique n'était pas enlevé que M. L... était pris d'une espèce de lipothymie, et le soir même en proie à un accès complet de fièvre qui se dissipa pendant la nuit. Le lendemain, à la même heure, l'accès revint avec ses trois stades, et s'éteignit pendant la nuit.

Au bout de huit jours, M. L..., voyant que la fièvre persiste, se résout à avaler du quinquina. La fièvre disparaît pour revenir. Il reprend le sulfate de quinine : cessation de la fièvre, récidive..., et ainsi de suite pendant trois mois. Alors engorgement de la rate, douleur sourde à la région splénique, accès d'angine de poitrine, fuite du sommeil (ventouses sèches, quinquina en opiat et extrait de belladone à l'intérieur).

Rémission de la fièvre pendant une semaine, puis retour des accidents, surtout pendant les saisons fraîches. Et, comme un hôte infatigable, la fièvre revenait chaque soir : l'appétit se perdait, les digestions s'entravaient, les forces s'affaissaient.

Après quinze mois d'oscillations perpétuelles, d'apyrexie et de fièvre, le médecin du jeune L... consulté, prenant en considération son tempérament, son âge, son genre de vie, sa constitution affaiblie et la marche de la maladie, prescrit la cessation de toute espèce de médicament, le changement de lieu dans un pays chaud et les distractions.

M. L..., à la suggestion de ses camarades, avait pris inutilement du mercure pendant un mois, se croyant infecté de syphilis. Voyant que tous les moyens mis en œuvre jusque-là ont été insuffisants, il accepte ces dernières propositions et part. Il s'arrête en route, commet quelques excès de régime et aborde dans une grande ville du Midi, où règnent endémiquement les fièvres paludéennes, circonstance qu'il ignorait. Le lendemain même la fièvre avait disparu. Elle ne revint pas.

Depuis cette époque, c'est-à-dire depuis dix ans, M. L... n'a jamais cessé de jouir d'une florissante santé. (*Revue thérapeutique du Midi*, déc. 1857.)

Incontinence d'urine *après les couches* (*Traitement de l'*). L'incontinence d'urine après les couches est une incommodité souvent difficile à guérir. Elle dépend le plus ordinairement de la paralysie du col de la vessie, qui provient elle-même de la longueur du travail, de la pression exercée par la tête fœtale, surtout d'une présentation anormale, telle que la procidence d'un bras, d'une jambe, etc., qui ont pour conséquence de comprimer le bas-fond de la vessie. M. le docteur Martin, de Tonneins, qui vient de publier d'intéressantes observations sur ce point de pratique, signale en outre, comme cause de cette incontinence, la lésion physique, mécanique, du col de la vessie, par suite de la symphyséotomie notamment, de manœuvres spéciales, avec le crochet tranchant, par exemple.

M. Martin est d'avis que l'application d'une sonde ou d'une bougie à demeure est un bon moyen à appliquer dans ce cas, comme stimulant le col et le canal, ou diminuant tout au moins l'atonie de ces organes. Mais malheureusement l'état puerpéral s'oppose quelquefois à cette pratique.

On a conseillé l'usage de quelques remèdes internes. Les médecins allemands ont donné l'alun à la dose de 1 à 2 grammes associé à la gomme arabique, en six à huit prises dans la journée. M. Martin est d'avis que ces médicaments, assez difficiles à prendre, ont l'inconvénient de provoquer de violentes coliques. Il propose de leur substituer le petit-lait aluminé.

On a préconisé le quinquina en poudre, à la dose de 30 grammes. Un médecin allemand a préconisé le copahu associé à l'ergot de seigle (copahu 0,10, seigle ergoté 0,05, à prendre dix par jour) ; c'est une bonne préparation. Les médecins anglais font usage de la teinture de cantharides à la dose de 4 à 10 gouttes, trois fois par jour. M. le professeur Stoltz emploie très-utilement l'extrait de noix vomique, à la dose de 5 centigrammes par pilule. Enfin, on sait qu'à Paris on a conseillé dans certains cas, et mis en pratique avec quelque avantage, l'emploi de l'électricité.

M. Martin considère ces divers moyens comme préférables à l'injection, dans la vessie et le vagin, d'eau froide, d'eau de goudron, de copahu émulsionné, etc. (*Gaz. des hôp.*, décembre 1857.)

Lait. *Moyen de le rendre plus digestible.* Afin de faciliter la digestion du lait, aussi bien chez les enfants, dont il est la nourriture habituelle, que chez les adultes, le docteur Gumbrecht conseille d'y associer un peu de

sel de cuisine. Par cette addition, la caséine se dissout mieux dans les liquides de l'estomac, et le lait, digéré plus facilement, exerce une action bienfaisante sur la masse sanguine. Le lait, chez les adultes, provoque assez souvent une sensation de pesanteur à l'estomac, des aigreurs et même de la diarrhée. Pour obvier à cet inconvénient, M. Gumbrecht conseille de saupoudrer de cannelle le lait préalablement bouilli et d'y ajouter une quantité suffisante de chlorure de sodium et de sucre pour obtenir un goût agréable, légèrement piquant. (*Geneesk courant* et *Gaz. méd. de Lyon*, janvier).

Ovarite aiguë *d'un diagnostic difficile*; *guérison*. Les signes diagnostiques de l'ovarite aiguë sont assez obscurs et assez peu connus pour qu'il ne soit pas sans intérêt d'en signaler à l'attention de nos lecteurs un exemple dans lequel le diagnostic nous paraît avoir été établi d'une manière évidente, bien qu'on ne puisse pas invoquer à l'appui la vérification nécropsique, la maladie s'étant terminée heureusement, ce qui n'ôte rien à la valeur du fait, bien au contraire.

Une femme âgée de quarante-deux ans, réglée à seize ans, mariée à vingt-quatre, est devenue mère de huit enfants, dont le dernier a deux ans. Les couches, ainsi que les suites, ont toujours été heureuses. Sa santé est habituellement bonne, la menstruation régulière. Depuis sept à huit mois seulement chaque époque menstruelle était précédée d'une douleur assez vive dans le côté droit, et qui persistait jusqu'à l'apparition des règles, mais non au delà. Selon la malade, la fatigue, l'excès du travail, les veilles prolongées étaient la cause de cette douleur. Cependant elle avait remarqué du gonflement à l'endroit même de son apparition. Ces accidents se renouvelèrent le 1er juin 1857 avec une intensité bien plus marquée que de coutume. Un frisson prolongé la força de s'aliter le 4, et le gonflement avait considérablement augmenté. A ces symptômes se sont ajoutés une constipation opiniâtre, de la fièvre, une soif vive et des vomissements continuels.

M. Leménant des Chenais, appelé, constate ce qui suit :

L'attitude de la malade exprime la souffrance, la face est grippée, les yeux sont caves, une teinte ictérique est répandue sur tout le corps et sur les conjonctives. Les vomissements sont presque continuels, une douleur vive, lancinante, existe dans le côté droit et surtout à la base du foie; le pouls petit et serré donne 120 pulsations par minute. Dans le flanc droit tout le côté offre une matité très-marquée; la moindre pression y détermine des douleurs vives, dont le maximum d'intensité se montre dans la région hépatique. Traitement : quinze sangsues *loco dolenti*; cataplasmes émollients; limonade tartrique et eau de Seltz pour boisson, et une bouteille d'eau de Sedlitz.

Le 6, la souffrance est un peu moins vive au niveau du foie; la matité y est moindre et semble se circonscrire dans le bassin, où les douleurs restent lancinantes. (Nouvelle application de quinze sangsues.)

Le 7, les douleurs, qui paraissent se prolonger en arrière, ont aussi gagné l'articulation coxo-fémorale. Leur retentissement se communique au genou, qui est également devenu douloureux. Du reste la fièvre et les vomissements sont à peu près les mêmes. (Cataplasmes laudanisés, potion antiémétique de Rivière, avec addition de 25 grammes de sirop de morphine.)

Le 8, légère amélioration; pouls, 110. (Même traitement.)

Du 9 au 12, encore quelques vomissements, quoique l'amélioration fasse des progrès. (Application successive de vésicatoires volants, et bains tous les deux jours.)

Dès le premier vésicatoire, l'amélioration est plus marquée; mais l'action des cantharides ayant porté sur la vessie et ayant amené une dysurie momentanée, on prescrit le cérat camphré pour les pansements.

Les bains soulagent aussi beaucoup la malade. Néanmoins, les douleurs persistent encore assez vives dans le flanc droit, mais plus circonscrites. A ce moment, il est facile de voir que l'ovaire a été le point de départ des accidents, car c'est dans l'espace qu'il occupe dans le bassin que la pression détermine le plus de douleurs. Celles qui existaient aux genoux sont moindres et cessent entièrement du 25 au 30. Jusqu'au 20 juillet, dix-huit vésicatoires ont été appliqués successivement, en ayant soin, toutefois, de ménager l'épiderme et de le laisser en place, en pratiquant de simples ponctions pour faire écouler la sérosité due à l'action des cantharides.

Les toniques, et entre autres le vin de quinquina et une alimentation convenable, sont venus réparer les forces

de la malade, dont la convalescence a été franche quoique lente.

Le 30 août, la malade peut se lever; l'ovaire seul est encore douloureux à la pression. On peut le délimiter par la palpation et la pression dans le côté droit du bassin, où il est comme induré et hypertrophié.

Le 30 octobre, l'état de cette femme était des plus satisfaisants. L'examen des parties permettait de constater dans la fosse iliaque droite une tumeur aplatie, ovalaire, indurée, du volume d'une grosse poire tapée, suivie d'un cordon induré aussi, et se rendant vers le centre du bassin. La matrice était intacte. (*Monit. des hôpit.*, décembre 1857.)

Polypes *fibreux de l'utérus; procédé pour leur ablation avec la totalité du pédicule.* Dans la plupart des procédés mis en œuvre pour l'ablation des polypes, la manœuvre opératoire a pour but leur séparation, elle ne tient pas compte du pédicule qui reste dans l'utérus. M. le docteur Marie vient de formuler un procédé qui permettra de poursuivre l'œuvre chirurgicale d'une manière plus complète; voici le résumé qu'il en donne : « Introduction du spéculum bivalve; saisie du polype à l'aide de la pince de Museux; abaissement de l'utérus, section circulaire du fourreau stypal aussi haut que possible; éradication par sections obliques, rompant, de la circonférence au centre, les fibrilles des attaches internes, tandis que l'ongle froncera, en la repoussant, la portion vivante de la gaine. » L'auteur dénomme son procédé éradication du pédicule décortiqué.— (*Compte rendu de l'Académie de médecine*, janvier.)

Saoria. *Nouveau fait à l'appui de son action ténifuge.* Nous avons fait connaître, il y a quelques années, les résultats des recherches et des observations cliniques très-intéressantes de M. le docteur Strohl, de Strasbourg, sur l'action ténifuge de deux médicaments récemment importés d'Abyssinie : le *saoria*, fruit du *mœsa picta*, et le *tatzé*. M. Strohl concluait alors, en ce qui concerne plus particulièrement le saoria : 1° que cette substance est un ténifuge plus sûr que nos ténifuges indigènes; 2° que son action est douce, rarement accompagnée d'effets désagréables et qu'il n'est pas difficile à avaler; 3° qu'on peut l'administrer sans crainte et facilement aux petits enfants, aux femmes et, en général, aux personnes à constitution détériorée; 4° que ces différentes propriétés lui assurent la supériorité sur les ténifuges ordinaires; 5° qu'il est préférable au kousso, à cause de son action plus douce et cependant ténicide, par son prix plus bas et par sa conservation plus facile et plus longue, etc. (Voir le *Bulletin*, nos du 15 et du 30 juillet 1854.) De nouvelles observations, au nombre de six, recueillies depuis avec de nouveaux échantillons, ont confirmé dans l'esprit de M. Strohl la légitimité de ces conclusions. Il serait superflu de les reproduire ici. Nous transcrirons seulement une observation recueillie par M. Hirtz et communiquée par lui à son confrère.

El. L..., petite fille de cinq ans, avait rendu tout l'été des fragments rubanés, blancs, aplatis, longs d'environ 4 centimètres. Ils furent reconnus pour des fragments de bothriocéphale : 8 grammes de poudre de saoria furent administrés dans de l'eau, en deux fois, à une demi-heure de distance. Il survint quelques nausées, probablement à la suite de la saveur peu agréable du remède. Dans l'après-dînée, il y eut deux selles, sans coliques, renfermant chacune un fragment de ténia, mesurant ensemble 95 cent. La mère de la petite malade, qui avait vu parfaitement remuer les fragments précédemment rendus, a bien constaté que les morceaux expulsés par le saoria étaient morts ou du moins sans aucun mouvement. Un purgatif donné le lendemain n'amena plus aucun fragment.

Voici maintenant les modifications que M. Strohl, guidé par l'expérience, a introduites dans le mode d'administration de cette substance : « J'ai abandonné, dit-il, depuis longtemps le procédé employé en Abyssinie pour faire avaler la poudre de saoria, comme peu favorable à nos estomacs européens. Il consiste à la mêler à une purée de lentilles, que l'on prend le matin à jeun; je préfère la suspendre dans une infusion aromatique de menthe, de camomille, de feuilles d'oranger, etc., sucrée ou non. La dose moyenne pour un adulte est de 20 à 30 grammes; la première suffit pour les personnes un peu faibles, à estomac délicat. Jamais cependant je n'ai vu survenir le moindre résultat fâcheux avec 30 grammes. Pour éviter le vomissement, on fera bien de prendre la poudre en deux ou trois fois, à un quart d'heure ou vingt minutes de distance; la saveur n'en est pas assez

désagréable pour que cette administration ne soit facile à tous les malades. Quelques heures après, il survient ordinairement des selles. Si l'effet purgatif manquait ou tardait à se montrer, il faudrait donner un laxatif, l'huile de ricin, par exemple. Lorsque l'évacuation n'a pas été assez forte le premier jour, on purgera avec avantage le lendemain, pour enlever les fragments de ténia qui pourraient encore se trouver dans l'intestin. Le régime sera diminué : repas léger la veille; pas de déjeuner le matin de la prise du médicament; les premiers aliments ne seront permis que six ou sept heures après; repas modéré le soir. Dans les cas rebelles, ou chez les personnes ayant beaucoup de mucosités intestinales, il faudrait instituer une petite cure préparatoire par le régime, quelques purgatifs, et répéter l'administration du saoria, le lendemain ou le surlendemain. Dans les cas très-rebelles, je donnerais le médicament plusieurs fois, toutes les quatre ou six semaines, pour prévenir la croissance de l'entozoaire et pour en déterminer l'expulsion définitive.» (*Union méd.*, déc. 1857.)

VARIÉTÉS.

Un concours pour la place de chirurgien-major de l'hospice de l'Antiquaille a été ouvert à Lyon le 25 de ce mois. Le jury se compose de MM. les docteurs Valette, chirurgien-major de la Charité; Desgranges, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu; Bouchacourt, ancien chirurgien-major de la Charité; Diday, ancien chirurgien-major de l'Antiquaille ; Rodet, ancien chirurgien-major de l'Antiquaille; Potton, ancien médecin de l'Antiquaille; Richard, professeur à l'Ecole de médecine ; Brachet, professeur à l'Ecole de médecine ; Gubian père, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu; Roy, ancien médecin de l'Hôtel-Dieu ; Bouchet, médecin de l'Hôtel-Dieu; Socquet, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Les candidats sont MM. les docteurs Gailleton, Ollier, Dron, Delore, Doyon, Garin (Calixte).

Le concours pour deux places d'aides d'anatomie, près la Faculté de Paris, s'est terminé par la nomination de MM. Lefort et Liégeois.

La distribution des prix de l'internat et de l'externat des hôpitaux de Paris a eu lieu comme suit : *Internes de 3e et 4e année.—Médaille d'or :* (Interne de 4e année) M. Millard. — *Médaille d'argent* : (Interne de 4e année) M. Guyon. — *Interne de 1re et de 2e année. — Médaille d'argent :* (Interne de 2e année) M. Heurtaux. — *Externes.* — MM. Durante et Pierreson.

Sont nommés internes des hôpitaux de Paris : MM. Durante, Pierreson, Regnault, Baudot (Emile), Fournier, Sergent, Schulz, Descroizilles, Barat-Dulaurier, Bosia, Wannebroug, Guéniot, Dujardin-Beaumetz, Gauthiez, Tillaux, Almagro, Mousten, Danjoy, Belhomme, Bricheteau-Gravelone, Desprès (Armand), Pradaud, Hardy (Charles), Picard (Jean-Paul), Colombel, Raynaud, Dance, Mauvezin, Long, Lancereau, Legrand, Capelle, Jacquart, Michel et Guérard.

M. Larrey, professeur de chirurgie et sous-directeur de l'Ecole impériale d'application de médecine et de pharmacie militaires, est promu au grade de médecin inspecteur, membre du Conseil de santé des armées, en remplacement de M. Baudens, décédé.

Sur la désignation de M. le ministre des affaires étrangères, M. le docteur Tholozan, professeur agrégé au Val-de-Grâce, a été nommé pour remplir la place de premier médecin du schah de Perse, en remplacement de M. Ernest Cloquet, décédé.

M. le docteur Maffeï, attaché comme médecin adjoint au service de Sa Majesté, vient d'être nommé médecin titulaire, en remplacement de M. Fleury, nommé médecin consultant,

---

M. le docteur Arnal, médecin par quartier de Sa Majesté, est promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Observations à l'appui des bons effets de la pepsine dans le traitement des vomissements, même opiniâtres, de la grossesse.

La plupart des médecins, considérant les troubles que la grossesse suscite dans les fonctions du tube digestif et du système nerveux plutôt comme une simple incommodité que comme un phénomène morbide, en confient la guérison aux soins de la nature. Le plus ordinairement, en effet, ces troubles, même lorsqu'ils vont jusqu'à provoquer le vomissement, permettent aux femmes de vaquer à leurs occupations et altèrent peu leur santé générale. Il en est cependant un certain nombre chez lesquelles les choses ne se passent pas de la même façon, qui peuvent à peine conserver dans leurs voies digestives assez d'aliments pour entretenir leur débile existence, et qui sont conduites, par ces vomissements répétés et prolongés, au dernier degré de marasme. Ces exemples s'observent surtout dans les grandes villes, chez les femmes placées aux deux extrémités de l'échelle sociale : femmes anémiées, les unes par un travail forcé et une nourriture insuffisante et placées dans les plus mauvaises conditions hygiéniques, les autres par le manque d'exercice et les veilles prolongées. Chez un certain nombre d'entre elles, les secousses provoquées par ces vomissements opiniâtres deviennent la cause déterminante d'avortements qu'on eût prévenus en modérant l'activité du phénomène morbide.

Puisqu'il est difficile de prévoir tous les cas dans lesquels les vomissements de la grossesse peuvent avoir ces fâcheux résultats, et que d'ailleurs, dans ceux même où la nature suffit à la guérison, celle-ci ne s'effectue guère qu'au prix de la fraîcheur et de l'embonpoint des femmes, n'est-ce pas un puissant devoir du médecin d'enrayer le phénomène morbide à ses débuts ? Le service sera d'autant plus signalé qu'il mettra alors ses malades à l'abri de ces accidents qui, par leur intensité, viennent soulever la question si grave de la provocation de l'avortement.

Le véritable devoir du médecin, dans cette circonstance, est donc de prévenir la production des phénomènes morbides, dont le développement amène une semblable discussion ; il doit se bien pénétrer de toutes les ressources dont l'art dispose, en face de cette complication de la grossesse, et, si elles font défaut en un seul point, chercher à combler la lacune. Là est véritablement le nœud de la question, si controversée, de l'avortement provoqué.

Fort de cette conviction, nous n'hésitons pas à appeler l'attention de nos confrères sur une nouvelle ressource introduite en ces dernières années par M. le docteur Lucien Corvisart.

Dans le mémoire qu'il a inséré dans ce recueil (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XLVII, p. 320), ce laborieux et sagace confrère aborde l'étude même des troubles nerveux et du vice sécrétoire de l'estomac pendant l'état de grossesse. « Dès que, chez une femme enceinte, dit-il, les vomissements ou la dyspepsie paraissent à la suite du repas, il faut faire usage des poudres nutrimentives. » Il cite ensuite, à l'appui de cette médication nouvelle, une observation dans laquelle les vomissements sympathiques de l'état de grossesse sont très-rapidement enrayés par l'administration de la pepsine neutre. Le résultat de cette tentative, un des plus importants de ceux qu'il nous a signalés, n'avait pas frappé mon esprit, ne reposant encore que sur un seul essai.

Cet enseignement m'a été récemment rappelé par mon excellent ami M. Debout, et les faits analogues qu'il a mis sous mes yeux ont entraîné une conviction assez grande pour m'engager à mettre en œuvre cette médication, dans un cas de vomissements de la grossesse où je me trouvais à bout de toute ressource. Le succès merveilleux que j'ai obtenu dans ce cas m'engage à réunir ces faits et à les publier. Quoique ces expérimentations ne soient pas encore très-nombreuses, elles ne seront pas sans valeur aux yeux des praticiens qui pèsent les faits avec plus de soin qu'ils ne les comptent.

La plus remarquable de ces observations est la suivante : elle a été communiquée en 1856 à M. Debout par M. Teissier, professeur de clinique médicale à l'école de médecine de Lyon.

Obs. I. *Vomissements opiniâtres durant depuis plus de deux mois, cédant à la première dose de pepsine.* — Mme A..., de Lyon, âgée de vingt-cinq ans environ, d'un tempérament excessivement nerveux, et enceinte de deux mois, se rend à Marseille l'été dernier, au moment de l'épidémie cholérique. Sous l'influence combinée de l'épidémie et de la grossesse, elle subit un grave dérangement des fonctions digestives, caractérisé surtout par des vomissements et par de la diarrhée.

Dès leur apparition, les symptômes prirent un caractère inquiétant par leur intensité et par leur opiniâtreté. On leur oppose les moyens les plus rationnels et les mieux appropriés, mais tous ces moyens : opium, bismuth, potion de Rivière, etc., etc., restèrent

infructueux, et cette jeune dame tomba rapidement dans un grand amaigrissement.

Le médecin instruit, qui lui donnait des soins à Marseille, justement effrayé d'accidents qui prenaient une forme si menaçante pour la grossesse et même pour la vie de la malade, conseilla à sa cliente de s'éloigner immédiatement du foyer épidémique et de revenir à Lyon.

Cette dame suivit le conseil ; mais les vomissements persistèrent et arrivèrent même à un degré de gravité telle, que la malade ne pouvait ingérer dans son estomac ni aliment ni boisson, quelle qu'en fût la nature, sans les rejeter immédiatement.

La famille, découragée, voyant que l'éloigement de Marseille et la marche de la grossesse n'avaient en rien amendé ces accidents, vint communiquer à M. Teissier le sujet bien légitime de son affliction et lui demander s'il n'y avait pas encore quelque moyen de salut à tenter.

A cette époque, il y avait deux mois que les vomissements incoercibles duraient, et la grossesse était arrivée à la fin du quatrième mois. Mme A... présentait un état de maigreur squelettique, ayant le visage et la toux d'une phthisique ; le pouls, sans exagération, donnait 140 pulsations. Elle avait, en un mot, la physionomie des malades atteints de fièvre hectique ; aussi, au premier abord, M. Teissier crut-il avoir affaire à une tuberculisation pulmonaire. Toute alimentation était impossible : les potages légers, le bouillon de poulet, tout était vomi immédiaiement après l'ingestion ; en sorte que la nutrition était empêchée et que la malade littéralement mourait d'inanition.

En présence d'un état aussi désespéré et qui s'était montré réfractaire à tous les essais de traitement, M. Teissier en était arrivé à se demander s'il ne se verrait pas forcé d'accepter le conseil qui avait été donné d'en venir à un *avortement provoqué*, comme la seule chance d'arracher cette jeune dame à une mort inévitable. Toutefois, avant même de discuter cette grave question, notre sagace confrère voulut avoir épuisé toutes les ressources de la thérapeutique. Une seule n'avait pas été tentée, c'était l'emploi de la pepsine. L'administration de cet agent nouveau lui parut nettement indiquée, du moins à titre d'essai, et il en prescrivit un paquet par jour, soit un gramme divisé en deux doses, dans une cuillerée de potage.

Le résultat de la pepsine fut des plus merveilleux, et nous aurions hésité à le consigner, si notre honorable et savant confrère ne nous avait affirmé formellement que dès la première dose le po-

tage fut gardé, et qu'à partir de ce moment, les vomissements, qui étaient continus depuis plus de deux mois, *n'avaient plus reparu*. Le troisième jour, la jeune dame mangeait du poulet, puis du bifteck. Le traitement fut continué de la même manière pendant trois semaines, et, au bout de ce temps, la guérison était complète; l'embonpoint revenait, la fièvre et la toux avaient cessé avec les vomissements ; l'enfant se faisait sentir par ses mouvements, et, à la fin du neuvième mois, Mme A... accoucha très-heureusement.

Aujourd'hui cette jeune dame est belle, grasse et fraîche, et rien ne laisse soupçonner, même dans la manière d'être de son système nerveux, la rude épreuve que l'état de grossesse est venu faire subir à sa constitution.

Le fait dont nous venons d'être témoin ne le cède en rien, pour l'intérêt pratique, à celui du savant professeur de Lyon.

Obs. II. *Vomissements sympathiques de l'état de grossesse. — Emploi de la pepsine. — Guérison.* — Mme F..., âgée de vingt ans, s'est mariée en décembre 1856. Réglée à quinze ans, elle fut longtemps sujette à des coliques menstruelles, et accusait fréquemment en marchant un poids incommode dans le bas-ventre, ainsi que des douleurs lombaires ; elle éprouve en outre une constipation opiniâtre.

Au mois de mai 1857, après une course en chemin de fer, une fausse couche eut lieu; elle était alors dans le troisième mois de sa grossesse. Les règles ayant de nouveau manqué au mois de septembre, Mme F.... observa un très-grand repos. Dès les premières semaines, les troubles sympathiques de l'état de grossesse se manifestent, et de ce nombre sont des vomissements fréquents et une supersécrétion considérable de fluide salivaire. La constipation habituelle augmente.

Dans les premiers temps, les vomissements survenaient seulement quelques heures après les repas, et contenaient moins d'aliments que de bile et de mucosités. Tout en combattant la constipation par des moyens appropriés, entre autres par l'emploi de la rhubarbe, de la magnésie, des lavements, etc., je cherchai, mais inutilement, à arrêter les vomissements par l'emploi des alcalis, des opiacés , des boissons gazeuses, du vin de Champagne, etc.

Au mois d'octobre, l'état de la malade s'aggrava. Les vomissements devinrent très-fréquents ; les aliments, quelles que fussent leur quantité ou leur qualité, étaient immédiatement rejetés ; les vomissements bilieux persistèrent ; un pyrosis intense et une vive sensibilité de la région hépatique tourmentaient la malade ; le teint devint jaune, terreux; le pouls, faible, battait 120 ; une toux sèche,

incessante, surtout la nuit, fatiguait la malade; l'intelligence elle-même s'affaiblissait, l'amaigrissement faisait de grands progrès, et en peu de semaines la malade se trouva dans un état de marasme des plus prononcés.

Je m'assurai par le toucher qu'il n'existait aucune position vicieuse de l'utérus. Je trouvai cet organe refoulé dans le petit bassin par le développement des anses intestinales, obstruées de matières fécales dures et compactes. Cet examen me fit reconnaître en outre une grande étroitesse des détroits supérieur et inférieur du bassin, par suite de l'inclinaison du pubis. Je remédiai à l'obstruction intestinale par des lavements purgatifs répétés. Je combattis les vomissements par tous les moyens dont dispose la thérapeutique moderne; l'acide chlorhydrique, la teinture d'iode furent essayés à leur tour; tous mes efforts restèrent sans résultat; les vomissements continuaient, et le marasme faisait de rapides progrès.

Le 7 décembre, sur le conseil de M. Debout, et après avoir pris lecture de l'observation de M. Teissier qu'il m'avait communiquée, je n'hésitai pas à tenter l'emploi de la pepsine neutre. J'en prescrivis trois doses de 1 gramme, qui furent prises dans la journée, immédiatement après un peu de potage. Dès le premier paquet, les vomissements devinrent plus rares.

Le 8, la malade conserve et digère trois repas composés de potages, de viande rôtie et de jambon; depuis ce moment, il n'y a plus eu un seul vomissement.

La pepsine est continuée pendant quinze jours, d'abord à la dose de 3 grammes, puis à celle de 2 grammes; puis elle est supprimée.

La guérison ne s'est pas démentie, et aujourd'hui, 22 janvier 1858, la malade entre dans le sixième mois de sa grossesse; elle a repris des chairs et des couleurs; les selles sont faciles et assez régulières, l'appétit excellent, les digestions parfaites; les mouvements du fœtus sont forts, et, sauf un peu d'affaiblissement de la mémoire, qui tend à disparaître tous les jours, rien chez notre malade ne rappelle l'état désespéré dans lequel elle se trouvait il y a un mois à peine.

A la suite de ces deux observations, nous ne devons pas hésiter à rappeler les faits à peu près semblables adressés à M. Corvisart, l'un par M. le docteur Parise, professeur à l'Ecole de médecine de Lille, l'autre par M. le docteur Durand, médecin à Nemours.

Obs. III. *Vomissements au quatrième mois de la grossesse.— Emploi de la pepsine. — Guérison.* —Dans le cas de M. Parise, il s'agissait d'une jeune femme très-délicate, mal réglée, lorsqu'elle devint

enceinte pour la première fois. « Les troubles du côté de l'estomac devinrent si inquiétants, vers le quatrième mois de la grossesse, que j'eus recours, dit ce médecin, aux prises nutrimentives (pepsine acidifiée). Elle en fit usage pendant douze ou quinze jours. *Dès le premier jour*, la digestion se fit beaucoup mieux, et il en fut de même les jours suivants, et bientôt elle put digérer sans ce secours.

« Il importe de remarquer, ajoute M. Parise, que la grossesse arrivait au quatrième mois ; peut-être faut-il attribuer aux modifications que subit l'utérus vers cette époque le changement survenu dans la digestion? Cependant je ne doute pas que le médicament nouveau n'ait eu une véritable utilité. » (*Bull. de Thérapeutique*, t. XLVII, p. 327.)

La réserve qu'émet M. Parise est fondée, mais nous croyons que, dans certains cas, les vomissements éveillés par les sympathies de l'utérus peuvent se prolonger en raison d'une *habitude morbide*, qui devient alors l'indication thérapeutique dominante. Le fait suivant recueilli par M. Durand en est une preuve, puisque, chez sa malade, les vomissements débutèrent à l'époque même où le phénomène morbide cessait dans le cas de M. Parise ; or, leur persistance, à une époque aussi avancée de la grossesse, ne saurait être rapportée qu'à une altération de la fonction sécrétoire de l'estomac, ou à une habitude morbide.

Obs. IV. *Vomissements au septième mois de la grossesse. — Cessation dès la première prise de pepsine.* — « Mme B..., habitant la campagne, et occupée aux travaux des champs, vint me trouver en avril 1854, dit M. Durand, pour des vomissements survenus depuis trois mois, et qui étaient incessants après chacun des repas. Cette femme était dans son *septième* mois de grossesse ; jamais auparavant elle n'avait éprouvé de douleurs d'estomac ni de vomissements, même pendant une première grossesse survenue il y a cinq ou six ans. La malade prit un paquet de poudre nutrimentive (pepsine acidifiée) par jour, pendant trois jours, et *à partir du premier jour elle cessa de vomir*, et put atteindre, sans nouvel accident du côté de l'estomac, le terme de sa grossesse. » (*Dyspepsie et consomption*, par Lucien Corvisart, p. 32.)

Le fait qui suit, dû à M. le docteur Hérard, médecin des hôpitaux de Paris, appartient, de même que le précédent, à la fin de la grossesse. Mais dans ce cas les vomissements étaient rares, et les phénomènes morbides appartenaient plus spécialement à la dyspepsie ; c'est-à-dire à un vice sécrétoire de l'estomac.

Obs. V. *Dyspepsie et vomissements rares. — Emploi de la pepsine*

au huitième mois de la grossesse. — Guérison. — « Mme C..., rue de Douai, 4, enceinte de huit mois, éprouvait depuis le commencement de sa grossesse des troubles du tube digestif, consistant surtout en pesanteur épigastrique, aigreurs, renvois, nausées, rares vomissements. Ces symptômes se montraient surtout après le repas et avaient été peu modifiés par l'usage de la magnésie, du sous-nitrate de bismuth, de l'eau de Seltz, etc.; vers le huitième mois, les souffrances gastriques devinrent plus vives, toujours exaspérées par l'ingestion des aliments. C'est alors que j'administrai, dit M. Hérard, la pepsine acidifiée. Dès les premières doses, il y eut cessation presque complète des phénomènes morbides signalés plus haut. La dyspepsie ne reparut plus pendant le reste de la grossesse, qui se termina par une parturition heureuse. »

L'observation suivante, recueillie par Mlle Alliot, une des élèves les plus distinguées de M. le professeur P. Dubois, qui l'a placée comme sage-femme près de l'Impératrice, va nous montrer que l'action de la pepsine peut quelquefois s'exercer sur la fonction digestive même au début de la gestation.

OBS. VI. *Vomissements dès le début de la troisième grossesse, survenant après les repas. — Administration de la pepsine au deuxième mois; cessation immédiate du phénomène morbide. — Suspension de la pepsine; retour des accidents. — Reprise et continuation du médicament; guérison.* — « Mme B..., multipare, a eu au début de sa première grossesse des vomissements presque incoercibles, lesquels n'ont cessé qu'aux premiers mouvements du fœtus, et avaient produit un amaigrissement et une faiblesse considérables. L'infusion de feuilles de menthe et les bains frais avaient été employés sans aucun succès par le médecin qui dirigeait la malade. A la seconde grossesse, elle n'a eu que quelques vomissements insignifiants. La troisième grossesse, commencée dans la première quinzaine de janvier 1856, s'accompagna, dès les derniers jours du mois, de nausées et de vomissements qui ne firent qu'augmenter pendant février et la première semaine de mars. Ces vomissements se renouvelaient quatre ou cinq fois par jour et arrivaient toujours *immédiatement après le repas*, de sorte que la petite quantité d'aliments ingérés était à peu près complétement rejetée. Les forces et l'embonpoint diminuaient. Les médications employées lors de la première grossesse furent encore inefficaces.

« Le 10 mars, je donnai 1 gramme de pepsine acidifiée en deux prises, une à chacun des principaux repas. Dès la première prise, le repas a été digéré sans vomissements, sinon sans nausées. Pendant

quatre jours, la même dose de pepsine a été suivie du même résultat, digestion des aliments avec quelques nausées ; le matin à jeun et quelquefois le soir, *six heures après le plus solide repas*, il y avait un vomissement de *matières glaireuses ou bilieuses sans trace aucune d'aliments*.

« Pour savoir si je devais continuer ou suspendre le médicament, je fis la contre-épreuve. Je suspendis la pepsine le cinquième jour : les deux repas furent rendus dans l'heure qui suivit leur ingestion.

« Le sixième jour, la pepsine a été reprise, et les aliments ont été digérés et gardés de nouveau. Mme B... a pris la pepsine encore quatre jours, et, comme elle ne vomissait plus, elle a cru pouvoir l'abandonner, malgré mon avis. Les vomissements ont recommencé. Elle a repris alors ses poudres et les a continuées pendant huit jours ; puis elle réduisit de moitié la dose, ne prenant plus que 50 centigrammes au repas principal. Enfin, j'ai suspendu complétement le médicament sans que les vomissements revinssent. Le 6 avril, les mouvements du fœtus se firent sentir. »

Au début de la grossesse, lorsque les troubles morbides portent spécialement sur l'acte de la digestion, la pepsine prévient seulement les vomissements qui suivent les repas. Le fait suivant en est un exemple.

Obs. VII. *Dyspepsie intense. — Anorexie. — Vomissements. — Usage de la pepsine. — Aussitôt digestions bonnes, qui cessent de l'être chaque fois qu'on abandonne la pepsine.* — (Obs. recueillie par M. le docteur Landry.) « Mme X..., blanchisseuse, âgée de vingt-huit ans, présentant les symptômes habituels de la chlorose, et principalement de la dyspepsie, s'est mariée il y a deux mois. Elle croit être enceinte de six semaines : les règles n'ont point paru, les seins sont gonflés, douloureux ; la dyspepsie s'est considérablement accrue. Douleurs gastralgiques avec syncopes fréquentes, nausées continuelles, augmentant après chaque repas, s'accompagnant d'éructations gazeuses très-pénibles et souvent même de rejet des matières ingérées. Inappétence absolue, dégoût pour la viande. Le 8 janvier, j'ai prescrit 1 gramme de poudre de pepsine à chaque repas. Dès les quatre premiers repas, tous les accidents qui les accompagnaient ordinairement ont absolument disparu : pas de nausées, pas d'éructations, pas de vomissements, pas de gastralgie, mais encore un sentiment de pesanteur ; l'appétit a été plus vif et la malade a mangé de la viande.

« Il y eut surtout à noter que les nausées du matin et celles qui survenaient en dehors des heures de la digestion ont encore fatigué

cette malade, et que les aliments les calmaient, loin de les exaspérer comme auparavant.

« Je fis cesser la poudre au dîner, le 10 janvier; les accidents, nausées, éructations, efforts de vomissements, étouffements, reparurent immédiatement après le repas; ce qui continua jusqu'aux 12 et 13 au matin, où elle ne fit pas usage de pepsine; en ayant pris à dîner, la digestion fut très-facile.

« D'elle-même, la malade accusa les prises de ne la calmer qu'au repas où elle les prenait, et seulement pendant la digestion. Je les fis encore suspendre le 14 et le 15. Toutes les fois que la malade les reprit, elle éprouva les mêmes phénomènes; mais des raisons d'économie l'obligèrent à cesser. »

Les faits qui précèdent témoignent d'une manière non douteuse des heureux effets de la pepsine contre les vomissements liés à l'état de grossesse. Mais nous ne croirions avoir accompli qu'une partie de notre tâche si nous nous bornions à relater les observations qu'on vient de lire sans chercher à poser nettement les indications qui doivent guider le praticien dans les cas analogues. La détermination exacte des indications d'un remède peut seule élever au rang d'une médication rationnelle l'emploi d'un moyen qui, sans elle, ne serait qu'empirique.

Or, des faits que nous venons de relater, nous croyons pouvoir conclure que le vomissement lié à l'état de grossesse, s'il n'est au début que l'expression d'une sympathie entre l'utérus et l'estomac, change de caractère lorsque sa durée se prolonge. L'estomac participe alors activement au symptôme morbide, soit par une altération dans sa fonction de sécrétion, soit par la répétition du fait morbide. C'est à ce moment qu'on voit le vomissement, qui, au début, ne survenait que le matin ou le soir, indépendamment de l'état de vacuité ou de travail de l'estomac, survenir régulièrement après chaque repas; les matières vomies ne plus être seulement quelques mucosités, mais bien les substances alimentaires elles-mêmes, rejetées d'abord en partie, puis en totalité. L'estomac perd alors la faculté de digérer, et c'est vers le rétablissement de ces fonctions que doivent être dirigés les efforts curatifs. Eh bien! c'est contre ces deux éléments morbides, altération de sécrétion et habitude morbide, que la pepsine nous paraît réellement indiquée; c'est ainsi du moins que les beaux travaux de M. Lucien Corvisart nous ont appris à apprécier son mode d'action. Dans le vomissement purement sympathique de l'état de l'utérus, nous aurions peine à nous expliquer l'efficacité de la pepsine, tandis que le raisonnement, d'accord avec les faits,

nous indique un emploi dans les vomissements incoercibles de la grossesse, alors qu'ils dépendent d'un vice de sécrétion de l'estomac ou d'une habitude morbide de cet organe.

De nouveaux faits ne tarderont pas, pensons-nous, à venir confirmer les idées que nous émettons ici ; nous appelons donc de tous nos vœux de nouvelles expérimentations dans ce sens.

Dr L. Gros.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Remarques sur le traitement des luxations complètes de la rotule en dehors.

Par M. le docteur R. Philipeaux (de Lyon)

Les luxations complètes de la rotule en dehors, quoique très-rares, puisque Boyer et Cooper n'en ont observé qu'un cas, et Dupuytren trois seulement, ne le sont pas cependant à ce point que la science n'ait déjà pu enregistrer plusieurs autres observations. Dans son savant ouvrage sur les fractures et les luxations, M. le professeur Malgaigne dit en connaître au moins une douzaine de cas. Aussi ne me serais-je pas décidé à faire connaître le fait qui va suivre s'il ne méritait pas d'être cité par rapport au procédé opératoire employé pour réduire cette luxation, et au moyen contentif mis en usage pour la maintenir réduite.

On sait que, depuis les données établies par Valentin, presque tous les chirurgiens conseillent, pour réduire la luxation de la rotule en dehors, de faire fléchir la cuisse sur le bassin, de relever la jambe et de refouler doucement en dedans la rotule, en appliquant les deux pouces sur le bord externe de cet os devenu postérieur. Ce procédé, qui met dans le relâchement tous les muscles qui vont à la rotule, est bien préférable à celui d'Avicène, qui recommandait de faire poser le pied du malade à plat sur le sol et de refouler l'os en place avec les mains. Il est également supérieur à celui de J.-L. Petit, qui conseillait de ramener la jambe dans l'extension complète, puis de pousser en bas les muscles rotuliens, pour les relâcher et faciliter l'action de la main sur la rotule. Ces ressources étaient si peu avantageuses, que Moreau, au dire de M. Malgaigne, après avoir vainement essayé de réduire une luxation complète de la rotule par ces deux procédés, ne trouva d'autre ressource que d'ouvrir la capsule, afin d'introduire un élévatoire entre la rotule et

le fémur. Malgré ces manœuvres, la réduction ne put être obtenue, et cette tentative fut suivie d'accidents formidables.

Mais si le procédé de Valentin peut réussir dans beaucoup de cas, il en est quelques-uns dans lesquels cette manœuvre opératoire échoue complétement. M. Poulet a fait connaître, dans la Revue médico-chirurgicale, l'observation d'une luxation complète pour la réduction de laquelle il avait inutilement employé ce procédé. « Ce voyant, dit-il, la rotule étant contenue au niveau de la rainure intercondylienne par la pression que j'exerçai sur elle, je fis fléchir rapidement la jambe sur la cuisse; et aussitôt la rotule rentra sans bruit à sa place. » (Tome XV, p. 172).

Frappé des résultats heureux que l'on peut obtenir de la flexion forcée de la jambe sur la cuisse, suivie de l'extension, lorsqu'on veut détruire les adhérences qui maintiennent la rotule dans des positions vicieuses, dans les cas d'ankyloses angulaires du genou, je songeai à appliquer chez la malade, dont l'observation va suivre, ce procédé opératoire; et les résultats que j'en ai obtenus ont été des plus satisfaisants. J'avais pour but, en employant cette manœuvre, de dégager la rotule de la position qu'elle avait prise, afin de donner à cet os une mobilité qui devait me permettre de réduire ensuite avec facilité le déplacement de cet os, en appliquant les deux pouces sur son bord externe devenu postérieur.

Obs. Mlle X..., âgée de dix-sept ans, voulant, le 31 mai 1857, examiner un objet placé à une certaine distance d'elle, glissa sur le parquet et tomba sur le côté interne du genou gauche. Elle sentit aussitôt une douleur très-vive dans cette partie et ne put se relever. Transportée immédiatement dans son lit, on me fit demander, et je constatai la lésion suivante : le genou gauche, légèrement tuméfié, avait subi une déformation dont voici les symptômes : à la place de la rotule, il existait un enfoncement au centre duquel on reconnaissait parfaitement la poulie articulaire du fémur; la rotule était située en dehors du condyle fémoral externe, de telle sorte que sa face antérieure regardait en dehors, son bord externe en arrière et un peu en dehors, l'interne, au contraire, faisait saillie en avant et un peu en dedans. Le bord supérieur de la rotule se continuait en haut avec le tendon du droit antérieur dévié en dehors, et son bord inférieur avec le ligament rotulien descendant obliquement en dedans vers le tibia. La jambe était dans la demi-flexion et dans l'abduction, et les moindres efforts pour chercher à la redresser provoquaient les souffrances les plus vives.

Après avoir constaté par tous ces signes une luxation complète

de la rotule en dehors, je résolus de la réduire immédiatement. La malade, couchée sur le dos et placée sur le bord de son lit, étant éthérisée, j'appliquai les deux pouces sur le bord externe de la rotule devenu postérieur; puis, faisant fléchir et redresser ensuite fortement la jambe sur la cuisse, je refoulai vivement la rotule en dedans, et aussitôt elle reprit sa place normale.

La réduction ayant été opérée, la jambe fut placée dans l'extension, et j'appliquai aussitôt, pour maintenir la réduction, empêcher le gonflement inflammatoire et maintenir l'immobilité la plus complète de l'articulation du genou, un bandage amidonné qui, embrassant le pied, la jambe et la cuisse, remontait jusqu'à la hanche. J'appliquai sur ce bandage humide, pour lui donner immédiatement de la solidité, des attelles en fil de fer recuit que je serrai fortement avec des bandes.

Le lendemain matin, la malade, qui avait passé une très-bonne nuit, n'accusait aucune douleur dans l'articulation du genou. Je lui permis de s'asseoir sur un canapé, et le bandage étant parfaitement sec, j'enlevai les attelles de fil de fer et permis à la malade de faire quelques pas dans sa chambre. La marche ne la fatiguant en aucune manière, elle continua, pendant environ trois semaines, à circuler dans son appartement. A cette époque, j'enlevai le bandage et constatai que le genou avait repris complétement sa forme normale et qu'il n'existait aucune douleur à la pression. Je lui fis appliquer une genouillère en caoutchouc, qui serrait étroitement le genou, après avoir au préalable placé un coussinet le long du bord externe de la rotule, pour l'empêcher de glisser en dehors. Cet appareil contentif, qui permettait à la marche de s'accomplir facilement, fut maintenu en place pendant quinze jours environ, laps de temps après lequel cette demoiselle marchait aussi bien qu'avant son accident.

Si cette observation est intéressante, par rapport au procédé opératoire mis en usage pour réduire une luxation complète de la rotule en dehors, elle ne l'est pas moins par rapport aux moyens employés pour maintenir la réduction.

Si l'on consulte les auteurs à ce sujet, on voit que la plupart des chirurgiens conseillent d'appliquer des compresses d'eau blanche sur la jointure, de l'immobiliser par quelques tours de bande, et de faire garder le repos du lit pendant plusieurs jours.

Cette pratique offre trop d'inconvénients pour pouvoir être conseillée. Elle assujettit le malade à garder le lit, n'immobilise pas complétement l'articulation du genou; et, par ces changements subits de température auxquels donnent lieu les compresses froides

que l'on applique sur la jointure, elle peut, pour peu que le malade soit sujet aux rhumatismes, donner lieu à des douleurs qui rendent parfois la marche longtemps difficile; puis, si l'on fait, au bout de huit ou dix jours, marcher les malades, ne peut-on pas craindre, comme cela est arrivé plusieurs fois, que la capsule qui a été déchirée ne s'enflamme et que la luxation ne se reproduise en tout ou en partie.

M. Chrétien a cité une observation d'un malade qui quitta l'hôpital dix ou douze jours après la réduction d'une luxation, guéri en apparence; mais, revu trois ans après l'accident, le tissu cellulaire qui entoure le ligament rotulien paraissait infiltré; les grands mouvements de l'articulation s'accompagnaient d'un craquement prononcé, le genou était plus saillant en dedans, et la rotule regardait un peu plus en dehors; la fatigue arrivait assez vite, et enfin l'individu avait été obligé de renoncer à l'escrime et à la danse, s'étant aperçu plusieurs fois que, lorsqu'il faisait effort pour se détacher du sol, il était menacé de récidive.

M. Malgaigne rapporte l'histoire d'un jeune homme qui, ayant voulu marcher le jour même de la réduction, était resté avec le genou faible, sujet à des chutes fréquentes qui reproduisirent deux fois la luxation. Aussi, frappé de ces résultats malheureux, et constatant en outre, dans le seul cas de luxation complète de la rotule en dehors qu'il ait observé, le soulèvement du bord interne de la rotule par l'épanchement articulaire et la tendance de cet os à se porter au dehors, fit-il maintenir pendant quarante-trois jours tout le membre élevé sur un plan incliné pour relâcher les muscles, et appliquer des compresses sur le bord externe de la rotule pour la repousser en dedans.

L'application immédiate du bandage amidonné me semble être une méthode bien plus rationnelle, car on prévient de la sorte tous les accidents que je viens de rapporter; et on assure l'immobilité de l'articulation d'une manière telle que le malade peut impunément se lever le lendemain même de l'opération. Sous ce rapport, on ne saurait trop louer les appareils de M. Seutin et les modifications de M. Burgrave qui, en plaçant sous les cartons amidonnés une couche épaisse de coton, les a rendus beaucoup plus doux et plus sûrs. Mais comme, dans le cas qui nous occupe, il s'agit de donner immédiatement de la solidité au bandage, afin d'empêcher que les moindres mouvements ne reproduisent la luxation, on pourrait remplir cette indication en plaçant autour de l'appareil des attelles de carton sec ou de bois, que l'on assujettirait avec des bandes, comme l'indique M. Seutin. Nous avons préféré, ainsi que le conseille

M. Bonnet, nous servir d'attelles en fil de fer recuit, que leur souplesse permet de mouler exactement sur le bandage déjà appliqué. Si, en effet, on place trois de ces attelles autour du membre, depuis le pied jusqu'à la hanche, et qu'on les serre bien avec des bandes, l'appareil ayant immédiatement une grande fermeté, on n'a plus à craindre aucun déplacement; le bandage immobilisant parfaitement le membre, on peut ensuite permettre au malade de marcher, car il soutient, pendant la station et la marche, l'articulation du genou, puisque, grâce à lui, la jambe et la cuisse ne font pour ainsi dire qu'un seul et même corps.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formules diverses tirées de la pratique du Corps médical lyonnais.

Quoique la vraie médecine vive d'indications et non de recettes banales, dit M. Diday, une bonne formule rend néanmoins parfois service, en simplifiant et abrégeant l'œuvre de celui qui, au lit du malade, cherche à traduire sa pensée par des actes. Aussi le nouveau rédacteur en chef de la Gazette de Lyon croit répondre à un de ses devoirs de vulgarisateur, en rassemblant, sous le titre de Formulaire de Lyon, une série de préparations que d'honorables et consciencieux confrères lui ont affirmé leur avoir, selon l'expression consacrée, particulièrement réussi dans certains cas déterminés. M. Diday aurait pu ajouter que, pour un bon nombre de ces préparations, leurs auteurs avaient, par des travaux cliniques publiés antérieurement, légitimé le choix des agents thérapeutiques qu'ils recommandaient. Quoi qu'il en soit, l'initiative de la Gazette médicale de Lyon est d'un bon exemple, et nous voudrions le voir suivi par les autres organes de la presse, et surtout par les Bulletins publiés par les Sociétés médicales de nos provinces.

Voici les préparations qui entrent dans cette première série de formules.

Poudre contre les quintes convulsives de la coqueluche.
(Formule popularisée sous le nom du docteur Viricel).

Pr.	Bicarbonate de soude...........	75 centigrammes.
	Poudre de cochenille............	75 centigrammes.
	Poudre de belladone..........	15 centigrammes.
	Sucre en poudre...............	8 grammes.

Mêlez et divisez en 15 prises.

A prendre deux ou trois paquets par jour pendant toute la durée de la coqueluche.

Prises contre les fièvres intermittentes ou rémittentes vernales.
(Formule du docteur Richard de Laprade).

Pr.	Sel de seignette...............	16 grammes.
	Quinquina en poudre..........	16 grammes.

A donner dans un verre d'eau chaude tous les matins, trois jours de suite.

Il est remarquable que, dans cette formule, l'effet purgatif ne nuit pas à l'effet antipériodique.

Pilules contre les palpitations et les hypertrophies du cœur peu avancées.
(Formule du docteur Brachet).

Pr.	Sucre de Saturne...........	2 grammes.
	Extrait de digitale...........	1 gramme.

Mêlez et divisez en 20 pilules.

A prendre une le matin et une le soir; cette dose peut être ensuite portée au double.

L'auteur affirme qu'aucune autre préparation ne lui a procuré autant d'avantage.

Liniment sédatif contre l'eczéma.
(Formule du docteur Rodet.)

Pr.	Huile d'amandes douces.........	10 grammes.
	Glycérine......................	10 grammes.
	Oxyde de zinc..................	5 grammes.

A employer en frictions lorsque l'acuité de l'éruption est passée, ou après avoir calmé l'inflammation et fait tomber les squammes au moyen des cataplasmes de fécule. On porte graduellement la dose de l'oxyde de zinc jusqu'à 10 grammes.

Dans l'eczéma chronique on ajoutera au liniment précédent, si son effet est insuffisant, de 2 à 4 grammes de soufre sublimé.

Cette formule convient particulièrement dans l'eczéma de l'anus et les crevasses du mamelon.

Remède contre la céphalée habituelle.
(Formule du docteur Teissier (de Lyon).

Pr.	Ménianthe.............	50 centigrammes.

Faire infuser une demi-heure dans une tasse d'eau bouillante, passez, et ajoutez une cuillerée à bouche de sirop de valériane. Boire cette quantité une ou deux fois par jour.

L'auteur a souvent constaté les bons effets de ce médicament très-simple, qui avait été déjà conseillé par Tissot et par Sainte-Marie, et qui est, à tort, complétement tombé dans l'oubli.

Pilules contre le rhumatisme articulaire aigu.
(Formule du docteur Bouchet.)

Après la constatation, par une saignée, de la couenne inflammatoire, et concurremment avec des boissons nitrées, l'auteur donne les pilules suivantes :

Pr.	Extrait de gaïac............	1 gramme.
	Extrait d'aconit.............	50 centigrammes.
	Calomel à la vapeur.........	10 centigrammes.

Mêlez et divisez en 10 pilules, à prendre dans la journée, une toutes les deux heures.

Il a presque toujours vu, sous l'influence de ce traitement, les symptômes s'amender du quatrième au sixième jour, les mouvements devenir possibles et la maladie se terminer du douzième au quinzième jour.

M. Diday termine cette première série en publiant la formule d'un traitement jugulant de la blennorrhagie urétrale aiguë. Comme ceci est une médication, nous transportons au répertoire la mention de notre distingué confrère.

Mode de préparation d'un sirop de carbonate de protoxyde de fer.

La facilité de dissolution du carbonate de protoxyde de fer dans les acides organiques, sa complète innocuité chez les sujets irritables, le rendent un agent des plus précieux pour la thérapeutique ; aussi toutes les préparations nouvelles dans lesquelles la présence du sucre est venue donner de la stabilité à ce composé salin, les pilules de Vallet, celles de Blaud, sont-elles entrées dans la pratique.

Un pharmacien distingué de Bordeaux, M. Dannecy, ayant constaté que le précipité du carbonate de protoxyde de fer, obtenu par le mélange des solutions de carbonate de soude et de proto-sulfate de fer sucrées et bouillies, présentait la singulière propriété de dissoudre dans le sirop de sucre sans se colorer, a eu l'idée d'en préparer un nouveau sirop ferrugineux.

Cette préparation étant inaltérable, elle sera employée dans les cas où la forme de sirop est préférée à la forme pilulaire, dans la médecine des enfants, par exemple.

Voici le mode de préparation que M. Dannecy donne de sa nouvelle préparation :

Pr. 1°	Sulfate de protoxyde de fer purifié....	60 grammes.
	Eau distillée....................	500 grammes.
	Sucre blanc........................	60 grammes.

Dissolvez par l'ébullition et filtrez.

2° Carbonate de soude cristallisé.........	80 grammes.
Eau distillée.....................	500 grammes.
Sucre blanc.....................	60 grammes.

Lorsque les deux dissolutions sont refroidies, mêlez-les dans un vase de verre, agitez un instant; il se forme un précipité d'abord blanc, qui devient bientôt gris verdâtre, et qui garde cette nuance. Laissez rassembler ce précipité pendant vingt-quatre heures; décantez; ensuite prenez une solution de sucre dans les proportions suivantes :

Sucre blanc.....................	80 grammes.
Eau distillée.....................	300 grammes.

Dissolvez par l'ébullition, filtrez.

Ajoutez le précipité dans cette eau sucrée froide, laissez reposer, décantez; renouvelez une fois ce lavage par décantation, afin de séparer le sulfate de soude, produit de la double décomposition. Ce lavage doit être fait rapidement pour ne pas dissoudre inutilement le précipité ferrugineux. Alors, agitez de temps en temps ce précipité dans une nouvelle dose d'eau sucrée (eau, 300, sucre, 80); il s'y dissoudra au bout de quelques jours. Enfin :

Sucre blanc.....................	1,200 grammes.
Eau distillée.....................	600 grammes.

Ajoutez la solution sucrée ferrugineuse, et faites cuire à 30° bouillant. Aromatisez avec l'alcoolat de citron ou d'orange. Le produit sera 2,000 grammes de sirop de carbonate de protoxyde de fer presque incolore et parfaitement limpide, et dans lequel l'analyse retrouve 9,90 d'oxyde de fer pour 100 grammes.

Un mot sur quelques falsifications.

Le Dante, dans sa Divine comédie, prétend que nous naissons tous avec des instincts de fraude; que la moitié des hommes succombe à ce penchant, que l'autre moitié y résiste, mais seulement par crainte des peines qu'entraîne cette faute.

Par application de la même idée, il y a quelques jours un chimiste, M. Chevallier, disait, à l'occasion du beurre qu'on fabrique actuellement en Allemagne avec de l'huile de colza épurée et de la graisse de bœuf, qu'une moitié des chimistes de notre époque est continuellement occupée à reconnaître les fraudes inventées par l'autre moitié.

L'appréciation de notre savant collègue est fondée; elle confirme l'opinion que nous avons émise devant un juge d'instruction : que jamais, dans aucun temps, l'art de falsifier n'avait été poussé si

loin et n'avait été pratiqué sur des proportions aussi vastes ; c'est qu'en effet rien n'en est exclu, pas même le charbon de terre et le bois que l'on brûle.

L'été dernier, un restaurateur de Paris nous a remis du sucre en poudre, avec prière de l'examiner ; il se plaignait que ce sucre, mêlé aux fraises, leur donnait un aspect pâteux. Depuis, des plaintes du même genre nous ont été signalées ; il nous fut facile de reconnaître que ce sucre ainsi préparé contenait jusqu'à un quart de son poids d'albâtre gypseux. Nous avons retrouvé la même substance dans l'amidon qui sert aux confiseurs à mouler leurs bonbons au candi, et aux parfumeurs à composer cette poudre pour blanchir la peau, et à laquelle ils donnent le nom pompeux de crème de riz.

Il y a vingt ans, la longueur des cheveux établissait une ligne de démarcation entre la vieille et la jeune France. Heureusement les médecins ont triomphé de cette mode, en démontrant qu'elle était contraire aux lois de l'hygiène et de la propreté, et si, aujourd'hui, les ciseaux de l'artiste en chevelure rétablissent non pas l'égalité des âges, mais des têtes, l'absinthe est venue faire une nouvelle distinction. En effet, le commis, l'étudiant en n'importe quelle science, le collégien, l'ouvrier croiraient déroger à ce titre de jeune France s'ils ne s'ingurgitaient pas avant chaque repas un ou deux verres de cette affreuse et insalubre boisson, qu'on est convenu d'appeler *absinthe*. La consommation de cette boisson est immense, c'est à qui des fabricants en débitera le plus ; de là la concurrence et les diverses qualités qui se trouvent dans le commerce. Sur vingt échantillons d'absinthe qu'on nous a chargé d'analyser, nous en avons trouvé quatorze qui contenaient de l'indigo et de l'acide sulfurique ; on ajoute ces substances pour donner à la liqueur cette couleur jaune verdâtre qu'elle doit prendre lorsqu'on l'étend d'eau. Parmi les nombreuses falsifications que subit le chocolat, il en est une qu'on trouve dans les qualités inférieures, c'est l'addition du rocou comme agent colorant. Le savon vert n'est pas non plus exempt d'adultération ; on y ajoute, dans le commerce, de l'argile ; cela est fâcheux, car ce composé est devenu, depuis les recherches thérapeutiques modernes, un agent précieux pour le traitement de la gale. Un confrère nous a remis du sulfate de strychnine qui était falsifié avec de la salicine. Cette substitution est bien coupable, lorsqu'on songe que ce médicament est doué de propriétés énergiques sur lesquelles le praticien est toujours en droit de compter.

Stanislas Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De l'emploi du chlorate de potasse comme moyen préservatif et curatif de la stomatite mercurielle (¹).

C'est surtout au point de vue de l'*action prophylactique* du chlorate de potasse que les applications dont les faits qui suivent sont l'expression ont été tentées.

Obs. VI. *Syphilis. — Accidents consécutifs. — Traitement mercuriel. — Préservation de la stomatite mercurielle par le chlorate de potasse.*—Kerne, vingt-huit ans, cuisinière, couchée au nº 8, salle Sainte-Madeleine, entrée le 22 décembre 1856, pour être traitée de végétations et plaques muqueuses à la surface de la muqueuse vaginale et du col de l'utérus.

Du 24 décembre 1856 au 30 janvier 1857, cette femme prend une pilule de proto-iodure de mercure, de 5 centigrammes par jour, sans qu'aucun accident notable se déclare.

Le 30 janvier seulement apparaît un léger boursouflement des gencives, s'accompagnant d'un peu de douleur; pas de salivation notable.

Le 2 février, la stomatite mercurielle étant imminente, on prescrit : chlorate de potasse, 5 grammes, en solution dans 125 grammes de véhicule. La pilule de proto-iodure est continuée.

Les accidents mercuriels avortent et, n'ayant pas reparu le 11 février, on donne une pilule mercurielle de plus par jour, et simultanément le chlorate, ainsi : deux pilules de proto-iodure de 5 grammes l'une; chlorate de potasse *ut suprà.*

Le 15. Pas le moindre accident du côté de la bouche. Trois pilules. Chlorate de potasse *ut suprà.*

Le 1er mars. Pas de salivation, pas de trace d'accident buccal.

Le même traitement est continué jusqu'au 1er avril et, à cette époque, la bouche est encore intacte de tout accident mercuriel.

La malade, qui en même temps était enceinte, accouche d'un enfant mâle, chétif et syphilitique. On cesse le traitement mercuriel et l'administration du chlorate. L'observation détaillée porte d'ailleurs que la malade, partie le 11 mai bien rétablie de sa couche, n'était point complétement guérie de son affection syphilitique locale.

Quoi qu'il en soit, depuis le 2 février, époque à laquelle commençaient à se montrer quelques signes non douteux de stomatite, jusqu'au 1er avril (espace de près de deux mois), le proto-iodure de mercure a pu être administré jusqu'à la dose de 15 centigrammes par jour, sans que le moindre accident se soit montré du côté de la bouche. A quoi pourrait-on attribuer une pareille innocuité, si ce n'est au chlorate de potasse simultanément administré? Il est vrai que la malade avait pris précédemment, pendant un mois environ, le proto-iodure de mercure, mais ce n'était qu'à la dose de 5 centi-

(¹) Fin. — Voir la livraison du 15 janvier, p. 10.

grammes par jour; et si, à pareille dose, les accidents de stomatite sont devenus imminents au bout d'un mois, il n'est pas possible de supposer qu'avec une dose double et même triple durant un temps deux fois plus long, la malade eût pu rester à l'abri de toute atteinte mercurielle. Notons enfin que dans ce cas le chlorate a été administré en solution simple (dans de la tisane), et constamment à la dose de 5 grammes.

Quelques lecteurs pourraient supposer, — et la mauvaise foi de beaucoup de malades autoriserait un pareil soupçon, — que le mercure n'a pas été pris. Mais nous dirons ici, une fois pour toutes, que nous nous sommes bien gardé de nous en remettre aux malades eux-mêmes du soin de l'administration des médicaments; et que, constamment, celle-ci a été réalisée soit par nous-même, soit par le chef de clinique de service. Nous ajouterons, en passant, que chez la femme dont on vient de lire l'observation, le chlorate de potasse a aussi été tenté en injections, contre un écoulement leucorrhéique abondant : ces tentatives n'ont pas eu le moindre succès, mais il faut évidemment tenir compte ici de l'état de grossesse touchant à son terme. L'occasion de renouveler cet essai dans d'autres et de meilleures conditions ne s'est pas présentée à nous. Cependant, dans un cas qui sera relaté ailleurs, une circonstance toute fortuite nous a démontré que le chlorate de potasse n'était pas sans action sur un écoulement blennorrhagique.

Le fait suivant est un exemple de préservation, d'abord, de la stomatite mercurielle, — de guérison ensuite, par le chlorate de potasse administré en gargarisme.

Obs. VII. *Syphilis. — Accidents consécutifs : 1° Préservation de la stomatite mercurielle par le chlorate de potasse (usage interne); 2° Stomatite mercurielle (légère) après la suppression du chlorate. — Traitement par ce dernier en gargarismes. — Guérison en trois jours.* — Leroy, vingt-quatre ans, charcutier; n° 14, salle Saint-Jean-de-Dieu; entré le 16 janvier 1857.

Ce malade, atteint de tubercules du poumon, présente en même temps des signes de syphilis à la période secondaire; induration du gland et du prépuce; pléiades ganglionnaires aux régions inguinales, particulièrement à droite.

Le 18 janvier. Une pilule de proto-iodure de mercure, de 5 centigrammes, à prendre chaque jour.

Le 3 février. Il n'y a pas eu encore d'accidents buccaux. Une pilule de plus par jour. Simultanément chlorate de potasse, 5 grammes, en solution simple dans 125 grammes de véhicule.

Le 7. Pas le moindre accident mercuriel ne s'est produit, mais des vomissements réitérés et de la diarrhée exigent la suppression du chlorate de potasse; cependant on continue à donner une pilule.

Le 9. La diarrhée ayant cessé, on rend au malade deux pilules de proto-iodure par jour. Point de chlorate.

Le 14. La diarrhée réapparaît. Une pilule.

Le 17. Pour la première fois, le malade se plaint de douleurs dans les gencives, dont l'aspect et un peu de gonflement paraissent être les précurseurs d'une gingivite mercurielle imminente. *Idem.*

Le 18. Meilleur état des gencives ; pas de diarrhée ; deux pilules.

Le 22. Diarrhée ; une pilule.

Le 5 mars. Douleurs dans toute la bouche, particulièrement dans les gencives; celles-ci sont légèrement tuméfiées; un petit liséré blanc grisâtre se dessine vers le bord supérieur de l'arcade inférieure; langue non tuméfiée, non douloureuse, légèrement saburrale. L'excrétion salivaire augmentée donne lieu à une salivation qui, quoique peu abondante, ne laisse pas que d'être assez gênante. Point de tuméfaction ganglionnaire.

Prescription : Gargarisme au chlorate de potasse, 5 grammes; miel rosat, 30 grammes ; eau, 125 grammes. — Suppression des pilules de proto-iodure.

Le 6. Un gargarisme entier a été employé depuis hier; gencives moins tuméfiées ; presque plus de douleur. Salivation insignifiante appelant à peine l'attention du malade. Même gargarisme.

Le 8. Depuis avant-hier, le malade a usé d'un seul gargarisme. Il ne reste pas trace de salivation ; plus de douleur. La tuméfaction des gencives a disparu; celles-ci ont recouvré partout une bonne coloration rosée ; en un mot, tout est fini du côté de la bouche ; du reste, il ne s'est pas opéré jusqu'ici de modification bien sensible dans l'état d'induration du gland et du prépuce. Le traitement mercuriel a dû être suspendu à cause des progrès croissants de la cachexie tuberculeuse.

Quoi qu'il en soit, trois jours et deux gargarismes ont suffi pour mettre fin, chez le malade, aux accidents mercuriels, d'ailleurs peu intenses, il faut l'avouer.

Mais voici un fait bien plus concluant encore, si c'est possible, que les précédents, et qui démontre irréfragablement, ce nous semble, tant l'action *prophylactique* que l'action *curative* du chlorate de potasse dans la stomatite mercurielle.

OBS. VIII. *Syphilis. — Accidents consécutifs. — Traitement mercuriel* (10, 15, 20 *centigrammes de proto-iodure de mercure par jour*). — *Préservation de la stomatite mercurielle par le chlorate de potasse. — Stomatite déclarée aussitôt après la suppression du chlorate. — Guérison rapide par celui-ci.* — La nommée Chauroux, blanchisseuse, quarante-six ans, n° 4, salle Sainte-Madeleine; entrée le 11 juin 1857.

Roséole syphilitique ancienne et décolorée aux avant-bras. Plaques muqueuses vaginales; douleurs périarticulaires, mais se confondant ici avec des douleurs goutteuses ; alopécie; douleurs de gorge sans ulcération ni plaques. Mais il est bon de noter qu'avant tout traitement, il existe un état ulcéreux de l'arcade gingivale inférieure, vers la sertissure, avec quelques points purulents au niveau des deux incisives moyennes. Le tissu gingival est d'ailleurs d'une bonne consistance, quoique décoloré et pâle. Point de douleur dans les gencives; point de salivation.

Prescription.—Deux pilules par jour de proto-iodure de mercure de 5 centigrammes chacune (une le matin, une le soir); en même temps julep gommeux, avec addition de chlorate de potasse, 4 grammes. Une portion.

Le 12. Par oubli, les pilules n'ont pas été administrées; le julep n'a pas été pris non plus. Même état, même prescription.

Le 13. Tout a été bien pris; cette fois pas de changement notable. *Idem*.

Le 15. Pas de salivation. Point de modification dans l'aspect des gencives; pas de douleur. Trois pilules; même julep.

Le 21. Pas le moindre accident du côté de la bouche. Quatre pilules; même julep.

Le 22. A part quelques douleurs aux jambes, la malade ne souffre pas; modification très-notable des plaques muqueuses du col de l'utérus (Voir l'observation détaillée *loc. cit.*); même prescription.

Le 23. Rien de nouveau du côté de la bouche; peut-être les gencives sont-elles un peu plus décolorées. *Idem*.

Le 24. La malade nous dit avoir éprouvé cette nuit quelques élancements dans les gencives (arcade inférieure); cependant point de salivation, point de modifications matérielles saisissables dans l'état des parties buccales. Même prescription.

Le 28. Douleurs à la région temporale droite, la joue, les gencives, les dents du même côté ayant sévi toute la nuit; ces douleurs sont totalement apaisées le matin; en conséquence, elles ne sauraient être rapportées à l'influence du mercure, et d'ailleurs il n'y a pas trace de salivation ni d'autre signe quelconque de stomatite.

Nous supprimons le chlorate dans le but d'observer, en son absence, les effets des pilules mercurielles. Celles-ci sont donc continuées toujours au nombre de quatre.

Le 29. Les quatre pilules ont été soigneusement administrées (deux le matin, deux le soir); l'excrétion salivaire est sensiblement augmentée. La malade s'en plaint; elle nous dit de plus que sa bouche est très-mauvaise, nauséabonde. Nous constatons en effet nous-même un peu de fétidité de l'haleine. Le liséré ulcéré que nous avons signalé, dès le début, au bord supérieur de l'arcade gingivale inférieure, nous paraît plus étendu et plus avivé; du reste, point de douleur, soit spontanée, soit provoquée par la pression ou la mastication; point de gonflement à l'angle des maxillaires ou sous-parotidien. *Idem*, quatre pilules. Point de chlorate.

Le 2 juillet. Les gencives et les dents sont plus sensibles; douleur à l'angle des maxillaires sans gonflement notable. Légère fétidité de l'haleine; peu de salivation. *Idem*.

Le 3. Douleurs de plus en plus vives dans les gencives et à l'angle des maxillaires; légère tuméfaction de l'arcade gingivale inférieure. Son tissu est pâle, parcouru par un liséré grisâtre; ulcération plus vive à la sertissure. La muqueuse buccale est très-rouge dans toute son étendue; la langue n'est point tuméfiée, mais sa surface est recouverte d'un enduit grisâtre; haleine fétide; salivation légère; crachottement.

Prescription. — Suppression des pilules de proto-iodure. Julep gommeux, avec addition de chlorate de potasse, 5 grammes.

Le 4. Douleurs moins vives; la malade a pu mieux manger hier soir. La couleur pâle grisâtre persiste; l'ulcération n'a point changé (on a vu qu'elle préexistait à la stomatite). Le ptyalisme a déjà à peu près disparu; c'est à peine si la fétidité de l'haleine est perceptible; plus de douleur à l'angle des mâchoires. Elle prend, le matin, son julep sous nos yeux. *Idem*.

Le 5. Toute douleur et toute salivation sont éteintes; le tissu gingival tend à

reprendre sa coloration rosée. Le petit ruban ulcéré persiste seul à la sertissure, avec quelques points purulents.

Le 6. Tout est rentré dans l'état normal; il ne reste plus trace de stomatite mercurielle. Le julep est néanmoins continué.

Le 7. Quelques douleurs se sont remontrées aux gencives, mais l'état local n'a pas changé et demeure excellent. *Idem*.

Le 8. Les douleurs n'ont pas reparu; l'ulcération seule et la pyorrhée alvéolo-dentaire persistent. *Idem*.

Le 9. Le chlorate de potasse pris à l'intérieur ne paraissant exercer nulle influence sur l'état ulcéreux des gencives ni sur la pyorrhée alvéolo-dentaire, nous l'essayons en gargarisme (art. *pyorrhée alvéolo-dentaire*).

Le traitement mercuriel a été également suspendu, les plaques muqueuses vaginales ayant à peu près disparu, et la roséole ne laissant plus que des traces insignifiantes.

Cette observation ne peut laisser subsister le moindre doute relativement à l'efficacité prophylactique du chlorate de potasse. Comment supposer, en effet, que cette femme ait pu prendre impunément pendant dix-sept jours successivement 10, 15, 20 centigrammes de proto-iodure de mercure, par jour. Et si quelqu'un doutait que cette impunité dût être, en effet, rapportée au chlorate de potasse, nous le prierions de considérer ce qui est advenu aussitôt que celui-ci a été supprimé. Dès le premier jour, en effet (29 juin), les accidents mercuriels, bridés en quelque sorte jusqu'alors, éclatent aussitôt que le chlorate fait défaut. Le quatrième jour (3 juillet), la stomatite est confirmée. Le mercure est à son tour supprimé, et on reprend le chlorate pour faire appel, cette fois, à son action curative. Quatre jours, au plus, suffisent pour que celle-ci se manifeste. Enfin, nous ajouterons ici, mais à titre de simple mention, deux faits qui, quoique moins complets que les précédents, ne laissent pas que de plaider en faveur de la réalité de l'action prophylactique du chlorate de potasse.

Le premier cas est relatif à une jeune femme de vingt-cinq ans, couchée au nº 11 de la salle Sainte-Madeleine, où elle est entrée le 22 juillet 1857. C'était une Alsacienne nouvellement arrivée à Paris, ne sachant proférer un mot de français, ne le comprenant pas davantage, et de laquelle il fut impossible d'obtenir le moindre renseignement. Mais une éruption suspecte aux avant-bras et au tronc, et quelques plaques muqueuses à la surface de la membrane vaginale ne permettant guère de douter de l'existence de la syphilis (accidents secondaires), il fut prescrit dès son entrée (22 juillet) : pilules de proto-iodure de mercure (de 5 grammes chacune), deux par jour et simultanément ; un julep gommeux au chlorate de potasse, 5 grammes.

Or, le 1er août, époque à laquelle la malade exigea son *exeat*, pas le moindre accident ne s'était encore montré du côté de la cavité buccale.

Dans le deuxième cas, il s'agit d'un jeune homme de vingt-deux ans, couché actuellement au nº 19 de la salle Saint-Jean-de-Dieu. Venu à l'hôpital pour

une pleurésie chronique, ce malade présente en même temps une belle syphilide aux membres inférieurs, des ganglions inguinaux et mastoïdiens, etc.

Le 9 décembre. Il commence à prendre deux pilules de proto-iodure de mercure (5 grammes l'une) par jour, et simultanément 2 grammes de chlorate de potasse dans un julep.

Le 11. Le nombre des pilules est porté à trois par jour. Même julep.

Aujourd'hui, 22 décembre, il ne s'est pas encore manifesté le moindre accident du côté de la bouche. Les accidents syphilitiques sont très-modifiés. Le traitement est continué, et le malade est encore en observation.

Nous appelons l'attention sur la faiblesse de la dose de chlorate administrée dans ce dernier fait (2 grammes); et cependant elle paraît suffisante, jusqu'ici, pour prévenir et empêcher les effets pathogéniques du mercure employé à une dose relativement bien plus élevée (15 centigrammes de proto-iodure).

Et maintenant, si des faits qui précèdent nous voulons tirer les conclusions qui s'y trouvent implicitement renfermées, ne sommes-nous pas légitimement autorisé à dire que :

I. Le chlorate de potasse exerce une action *curative* réelle sur la stomatite mercurielle. (Dans aucun des cas observés par nous, cette action n'a jamais fait défaut.)

II. Le chlorate de potasse possède, de plus, une action *préservatrice* ou *prophylactique* certaine, qui peut permettre pendant un et deux mois l'administration du proto-iodure de mercure aux doses de 15 et 20 centigrammes par jour sans que le moindre accident se manifeste du côté de la cavité buccale. (La preuve que c'est bien au chlorate de potasse qu'une pareille impunité doit être attribuée, c'est que, immédiatement après la suppression de ce dernier, la stomatite mercurielle éclate.)

III. La durée du traitement de la stomatite confirmée varie avec le degré d'intensité de l'affection. Dans les cas d'intensité moyenne, cette durée n'a jamais dépassé quatre jours. Elle a été de onze dans un cas des plus graves.

IV. Dans presque tous les cas, les premières modifications se manifestent du deuxième au troisième jour. D'après nos observations, la série de ces modifications serait la suivante :

1° Diminution et disparition de la douleur.

2° Diminution de la salivation et de la tuméfaction sous-maxillaire ou parotidienne, quand elles existent.

3° En dernier lieu, et à peu près simultanément [illegible] tion de la tuméfaction des gencives; changement dans le [illegible], retour à la coloration normale; enfin, disparition [illegible] n, à

moins que celle-ci ne préexiste à la stomatite, auquel cas le chlorate pris à l'intérieur paraît être inefficace.

V. L'élévation de la dose du médicament ne paraît pas exercer une influence très-notable sur la rapidité de la guérison, si ce n'est peut-être dans les cas très-intenses (Obs. V). Dans ceux de moyenne intensité, la dose de quatre à cinq grammes est suffisante.

VI. C'est le plus souvent à l'intérieur et en potion que le chlorate de potasse a été administré. Trois fois seulement il a été donné en simple solution dans l'eau ou la tisane. L'administration en julep est de beaucoup préférable à toute autre [1].

VII. Administré en gargarismes, il n'est pas moins efficace. Mais, sous cette forme, il paraît mieux réussir que pris à l'intérieur, contre les accidents purement locaux, tels que tuméfaction du tissu gingival, coloration pathologique de celui-ci, ulcération, etc.

VIII. L'action qu'il exerce paraît être entièrement locale, et se comporter à l'égard des parties affectées comme celle des agents de médication substitutive. Mais c'est là une action substitutive spéciale, et en quelque sorte élective de l'inflammation mercurielle. L'élimination du chlorate de potasse par la salive explique la localisation de son action sur les parties buccales, dans le cas où il est administré à l'intérieur.

Ainsi qu'on le voit, les conclusions non-seulement confirment les résultats positifs obtenus par nos prédécesseurs dans cette étude, mais de plus les corroborent en ce qu'elles démontrent plus clairement, si je ne m'abuse, que cela n'avait été fait jusqu'ici chez l'adulte, que très-peu de jours suffisent pour triompher de l'affection, quand elle est traitée à temps et à son début, ce qui est presque toujours possible. Elles font, en outre, ressortir cette particularité, dont l'importance ne saurait être méconnue, savoir : que l'usage *topique* ou en *gargarisme*, du médicament, est plus apte que l'usage interne à triompher de plusieurs symptômes très-rebelles qui constituent les restes de l'affection (gonflement du tissu gingival [2], colo-

---

[1] Quel que soit le mode d'administration que l'on adopte, les difficultés de dissolution du chlorate de potasse exigent certaines précautions très-importantes qui sont étudiées dans une autre partie de notre travail (Etude chimique et physiologique).

[2] Dans les observations consignées à la suite des Leçons sur le chancre, M. A. Fournier a très-bien noté comme nous cette persistance de la tuméfaction des gencives, après cessation des autres accidents. Ainsi, à la fin de sa première observation (*loc. cit.*, p. 339), nous lisons : « 22 juin. A part un léger boursouflement des gencives encore subsistant, tous les symptômes de stomatite ont

ration morbide, ulcération, etc. Enfin, comme celles de M. Ricord, elles rendent incontestable la *vertu prophylactique* du chlorate de potasse. Que faut-il de plus, nous le demandons, pour établir la *spécificité* de ce composé dans l'affection qui nous occupe? Quant aux résultats de M. Aran seul, ils se trouvent fortement compromis par leur contradiction avec les succès constants obtenus par tous les autres observateurs et nous-même. On est bien forcé d'admettre, ou que les essais de M. Aran ont eu un malheur tout exceptionnel, ou bien qu'ils n'ont pas été tentés dans les mêmes conditions que ceux qui concourent à fournir un résultat tout opposé. Mais une question se présente ici : *en neutralisant les effets physiologiques du mercure, le chlorate de potasse ne contrarie-t-il pas ses effets thérapeutiques?* Déjà prévue par M. Ricord et par son élève, M. A. Fournier (¹), cette objection se trouve fort heureusement tranchée, jusqu'à présent, par les résultats de l'expérience si vaste de l'éminent chirurgien de l'hôpital du Midi. Quelque peu nombreuses qu'elles soient, nos observations viennent à l'appui de ces résultats, et l'on a pu s'assurer, en les lisant, que, malgré l'intervention du chlorate de potasse, le traitement mercuriel a toujours abouti à son action médicatrice habituelle, lorsque des circonstances particulières, telles que le départ volontaire du malade ou une affection intercurrente autre que la stomatite mercurielle, ne sont point venues l'entraver ou le contre-indiquer. Mais d'ailleurs les manifestations physiologiques du mercure sont-elles, en réalité, nécessaires à la production de ses effets thérapeutiques spécifiques? Si nous exhumons cette vieille question doctrinale, c'est uniquement pour proposer aux méditations de ses partisans, s'il en existe encore, le fait que nous venons de signaler, à savoir que le mercure guérit les accidents syphilitiques secondaires sans ptyalisme, celui-ci étant prévenu par le chlorate de potasse; et qu'on veuille bien noter qu'il s'agit là d'un fait clinique. Enfin, le chlorate de potasse, si héroïque, on peut le dire, dans les accidents buccaux déterminés par le mercure, ne possèderait-il pas une efficacité semblable dans les accidents hydrargyriques? Déjà posée par M. Herpin (*loc. cit.*), cette question n'a pas reçu de solution expérimentale. M. Isambert pense que les analogies

disparu. Le 26 (quatre jours après), les gencives conservent toujours un léger degré de boursouflement.»

Obs. II. « Excellent état. Les gencives sont encore un peu tuméfiées.»

Obs. III. « Il subsiste toujours une certaine tuméfaction des gencives; du reste, nul phénomène d'excitation buccale. »

(¹) *Loc. cit.*, p. 349.

physiologiques de ce composé avec l'iodure de potassium pourraient bien faire croire à une action possible du chlorate de potasse sur l'intoxication mercurielle. Nous ne saurions penser comme M. Isambert, après ce que nous avons vu des effets de ce médicament dont l'action nous paraît être *essentiellement locale*. D'ailleurs, nous le répétons, l'expérience clinique n'a pas encore parlé à ce sujet. Le seul fait publié jusqu'ici, et qui se trouve consigné dans le présent recueil, est peu probant, à cause des conditions dans lesquelles il a été observé; et encore a-t-il donné des résultats défavorables. Quant à nous, nous n'avons pu trouver une seule occasion d'essayer le chlorate de potasse dans le cas d'accidents généraux hydrargyriques.

J. LABORDE,
Lauréat de la Faculté de médecine.

BIBLIOGRAPHIE.

1° *Des Dyspepsies*, par le professeur CHOMEL, officier de la Légion d'honneur, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, et de la plupart des Sociétés de médecine françaises et étrangères.
2° *Eléments de pathologie générale*, 4e édition, par le même.

Si, dans l'en-tête de cette notice bibliographique, nous avons placé d'abord le Traité des dyspepsies, bien que la quatrième édition des Eléments de pathologie générale lui soit antérieure d'une année, dans l'ordre de publication, c'est que c'est surtout sur ce traité que nous avons l'intention d'appeler l'attention de nos lecteurs. La critique n'a point attendu cette quatrième édition de pathologie générale pour formuler sa pensée sur ce travail important de l'ancien professeur de clinique interne de la Faculté de Paris; et quoique plusieurs traités de ce genre aient vu le jour depuis le premier travail de l'éminent professeur, les Eléments de pathologie générale guideront toujours utilement les médecins dans l'étude sérieuse de la science, comme dans la pratique honnête de l'art. Il nous suffirait de ces quelques remarques pour réveiller l'attention des médecins sérieux sur une œuvre capitale, sur une œuvre que nul, pour peu qu'il soit soucieux de se tenir au courant de la science, ne peut ignorer; mais comme cette édition nouvelle a reçu quelques accroissements, nous nous ferions un scrupule de les passer sous silence. M. Chomel lui-même, après avoir, avec une loyauté qui l'honore, remercié M. le docteur Noël Guéneau de Mussy de son concours intelligent dans l'élaboration de son œuvre sagement progressive,

indique lui-même quels sont les principaux changements qu'il a cru devoir y introduire. « Cette nouvelle édition, dit-il, comprend de nombreuses additions sur la plupart des points qui sont du ressort de la pathologie générale. Sans parler de quelques considérations préliminaires sur la médecine elle-même, et qui sont placées en tête du livre, j'ai donné une extension plus grande aux chapitres consacrés aux causes, aux symptômes, aux altérations des liquides organiques, à l'examen microscopique et chimique des produits morbides et enfin au traitement. J'ai cru devoir consacrer un chapitre particulier à ce point difficile et important de la pratique médicale qui a pour objet de soutenir et de relever le moral des malades. » Rien que par ce simple énoncé, on le voit, M. Chomel reste toujours fidèle au drapeau qu'il a porté d'une main si ferme, et sur lequel est écrit : *Observation*. C'est parce qu'il a toujours suivi cette voie si sûre mais qui, si elle ne permet plus de s'égarer, ne peut non plus conduire aux dernières et plus importantes conquêtes de la science; c'est, disons-nous, parce qu'il a toujours suivi cette voie que M. Chomel, par son enseignement écrit ou parlé, a exercé sur les esprits contemporains une influence qui dure encore et qui lui survivra. Comparez, sous ce rapport, à M. Chomel son fougueux adversaire, Broussais. Le célèbre réformateur, ainsi qu'il s'intitulait fièrement lui-même, n'est plus cité aujourd'hui que pour être combattu, que pour être saisi en flagrant délit d'erreur. M. Chomel, au contraire, reste toujours le guide sûr, le témoin imposant et l'autorité décisive. C'est que l'illustre auteur de la Pathologie générale n'a point demandé à son intelligence droite et lucide plus qu'elle ne pouvait démontrer. C'est avec la même circonspection, avec la même mesure que dans cette nouvelle édition il juge, il apprécie les accroissements récents dont la science contemporaine s'enorgueillit. Nous ne demanderons pas à l'illustre professeur de clinique interne de sortir de cette voie de la prudence, où il a recueilli tant d'observations de détails dont s'est enrichie la science, dont s'est inspirée la pratique pour échapper aux périls de théories captieuses ; mais il est pourtant dans la science un certain nombre de principes qui ont survécu à tous les systèmes et qui, à l'heure qu'il est, dirigent encore les intelligences les plus saines, et ces principes, c'est à peine s'il ose aborder la discussion capitale qu'ils soulèvent, et qui est au fond de toutes les questions de physiologie et de pathologie. Il est cependant un chapitre de cette nouvelle édition où M. Chomel, s'il n'aborde plus ces questions de forme, les côtoie au moins avec bonheur, c'est le chapitre tout neuf de la médecine morale. Il y a là un certain nombre

de pages émues, et marquées au coin de l'esprit le plus sagace et le plus généreux, dont nous ne saurions trop recommander la lecture et la méditation à ceux qui placent maintenant tout l'avenir de la science dans les creusets de la chimie ou le porte-objet du microscope. Mais nous nous arrêterons ici, car, à ce train, nous pourrions facilement dépasser les limites qui nous sont imposées ; heureusement, tout en changeant de sujet, nous ne quitterons pas l'illustre professeur de clinique, et nous pourrons ainsi partager le plaisir de parler de l'œuvre d'un médecin, dont nul plus que nous n'apprécie les travaux, tout en nous en séparant sur quelques points capitaux de la philosophie de la science.

Depuis le volumineux ouvrage de Barras sur la gastralgie, et dont on ne pourrait médire, car il fut une des premières et des plus hardies manifestations de la réaction puissante qui renversa l'immense erreur de la doctrine physiologique ; depuis le volumineux ouvrage de Barras, disons-nous, nombreux ont été les travaux dans lesquels ont été étudiées les névroses du principal organe de la digestion. Toutefois, il était besoin, il était urgent même qu'un peu d'ordre se fît dans ces travaux, qu'un esprit droit et sagace tout à la fois envisageât, dans leur ensemble, les dyspepsies non-seulement gastriques mais intestinales, et en traçât l'histoire complète. Nous ne savons pas de médecin contemporain qui, plus légitimement que M. Chomel, aussi légitimement même que lui peut-être, eût pu se charger de cette mission. En effet, il ne suffit pas d'être un clinicien laborieux, un observateur judicieux et patient, pour mener à bien une œuvre si difficile ; il faut de plus, et avant tout, avoir eu pendant longtemps sous la main les éléments de cette délicate monographie, les faits spéciaux qui doivent lui servir de base. Or, et ce n'est là un secret pour personne, M. Chomel est peut-être le médecin de France que les nombreuses consultations de son cabinet aient mis le mieux à même d'étudier ces faits d'une manière complète. Assurément, dans un grand service d'hôpital, il n'est pas rare de rencontrer des dyspeptiques ; mais pourtant personne ne disconviendra que ce n'est pourtant point là que la maladie se montre sous ses formes les plus variées, les plus distinctes. N'est point gastralgique qui veut ; il faut, pour y réussir, certaines aptitudes qui ne sont point le lot ordinaire des malheureux appelés à porter le poids du jour. Quoi qu'il en soit à cet égard, M. Chomel le dit lui-même quelque part, bien que ses travaux n'aient point tendu à lui faire de cet ordre de maladies une spécialité, il a vu énormément de dyspeptiques, il est compétent par conséquent à parler de cette affection.

série des phénomènes qui caractérisent cette rétrocession, et spécialement la reconstitution du col. Voici trois de ces faits :

Obs. I. *Faux travail déterminé par une hydrorrhée utérine.— Cessation des douleurs.— Accouchement naturel trente-cinq jours après.* — Louise G..., couturière, âgée de vingt-deux ans, entre à la Maternité le 5 juin 1854. Elle se dit enceinte de sept mois et demi et accuse des douleurs dans le bas-ventre. On l'admet surtout à cause des varices des membres inférieurs, dont le développement rend la marche difficile.

Le soir, à quatre heures, M. Charrier touche la malade pour constater le terme de sa grossesse et trouve un commencement de travail, quoique l'utérus ne soit pas très-développé et remonte à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic. En appuyant la main sur le ventre, on sent l'utérus s'ériger, se durcir; le col est entièrement effacé, et la dilatation de l'orifice présente 3 ou 4 centimètres de diamètre; les contractions sont un peu douloureuses et, pendant ce temps, on perçoit la tension des membranes qui s'engagent dans l'orifice. La malade dit avoir perdu depuis deux jours des glaires qu'elle compare à des blancs d'œufs. En présence de ces faits, M. Charrier annonce à la femme que probablement elle accoucherait dans la soirée ou dans la nuit. Il n'en fut rien; les contractions s'éloignèrent progressivement, et la malade s'endormit paisiblement.

Le lendemain, à six heures du matin, nouvel examen : la dilatation n'est pas plus grande que la veille; l'orifice est dilatable, pas très-mince. On prescrit le repos horizontal et vingt gouttes de laudanum en lavement. A quatre heures et demie du soir les contractions n'ont pas reparu, quoique de nouvelles glaires se soient écoulées en assez grande quantité. L'orifice semble être un peu revenu sur lui-même; il est plus épais, souple; les membranes ne bombent plus.

Le 7, à huit heures du matin, l'orifice est notablement diminué, il est épais; la dilatation peut être comparée à la circonférence d'une pièce de deux francs.

Le 8. L'orifice est très-épaissi, il ne permet plus que l'introduction du doigt, le col semble se former de nouveau.

Le 9. Le col est long de 1 centimètre à peu près, évasé en entonnoir, à base inférieure comme celui d'une multipare.

Cette femme resta dans le service sans nouvelle perte de liquide, sans nouveau début de travail jusqu'au 10 juillet, jour où elle accoucha, c'est-à-dire trente-cinq jours après ce premier début et cette suspension de travail. Les membranes examinées avec soin ne firent voir aucune fissure qui pût expliquer cet écoulement de liquide, du moins comme signe de rupture prématurée des membranes du cercle utérin.

L'enfant pesait 2,500 grammes, était bien constitué, mais ne paraissait pas tout à fait à terme; le placenta était normal.

Dans le cas suivant, tous les détails de la rétrocession du travail ont été suivis par M. le professeur P. Dubois.

Obs. II. *Faux travail.— Cessation spontanée des douleurs.— Accouchement naturel vingt et un jours après.* — Stéphanie M..., couturière, âgée de vingt-quatre ans, et grosse de son cinquième enfant, se présente à la Clinique le 27 janvier 1857. Elle est enceinte de huit mois et ressent des douleurs comme pour accoucher. A la visite du soir (cinq heures), M. Charrier trouve le col complétement effacé; l'orifice est souple et dilaté comme une pièce de cinq francs; on sent à la main l'utérus se durcir. Elle se couche et s'endort; les douleurs la

réveillent à dix heures et se répètent toutes les dix minutes. A onze heures, un écoulement d'eau, qui peut être évalué à environ un verre, est survenu pendant que la malade se promène dans la salle. Jusqu'à quatre heures du matin les douleurs continuent. A partir de ce moment, les contractions cessent et la malade se rendort.

Le 28, à la visite, M. Charrier donne au professeur les détails du début du travail et précise le degré de dilatation constaté la veille au soir. M Dubois examine la malade et ne trouve pas la dilatation aussi considérable; il la compare à une pièce de deux francs. M. Charrier touche à son tour et constate le degré de dilatation annoncé par M. Dubois. A la visite du soir, les douleurs n'ont pas reparu, et M. Charrier trouve le col épaissi et revenu sur lui-même.

Le 29, à la visite du matin, nouvel examen pratiqué par M. Dubois. Le col s'est reformé, et l'orifice interne permet seulement l'introduction de l'extrémité de la phalange unguéale de l'index.

La grossesse continua sans encombre jusqu'au dimanche 15 février, époque à laquelle cette femme accoucha d'un enfant à terme bien constitué, pesant 3,100 grammes. M. Dubois examina les membranes et ne trouva aucune fissure, aucune ouverture; le placenta était normal.

Dans ces deux cas, ainsi que dans la troisième observation que M. Charrier emprunte à sa pratique privée, le début du faux travail paraît avoir été provoqué par une hydrorrhée utérine. Il n'en est pas de même dans le dernier fait que notre confrère publie.

Obs. III. *Faux travail provoqué par un molimen hémorrhagique.—Suspension des douleurs sous l'influence des narcotiques.—Accouchement naturel trente-deux jours après ce début de travail.* — M..., âgée de vingt ans, primipare. grande et bien constituée, a éprouvé, pendant le premier mois de sa grossesse, des vomissements; au troisième mois, elle fut affectée d'une hémorrhagie légère qui dura vingt-quatre heures (le repos le plus absolu lui fut ordonné); au sixième mois, même phénomène hémorrhagique du côté de l'utérus; à sept mois et demi, à la suite d'une longue course en voiture, cette femme est prise de douleurs lombaires assez vives. M. Charrier, mandé auprès d'elle, redoute une nouvelle hémorrhagie et prescrit le repos horizontal et absolu et des lavements laudanisés.

Le lendemain, 19 septembre 1857, les douleurs augmentent; on craint un commencement de travail et, par suite, un accouchement avant terme. M. Charrier pratique le toucher, et trouvant le col complétement effacé et dilaté comme une pièce de deux francs, il augmente la dose des narcotiques (trois petits lavements dans lesquels on mettra quinze gouttes de laudanum, et, si les douleurs ne cessent pas 5 centigrammes d'extrait d'opium). Le soir, les douleurs n'ayant que faiblement diminué, la pilule d'opium a été prise. A onze heures les douleurs se sont éloignées.

Le 20, à une heure du matin, la malade se sent mouillée; elle a rendu quelques mucosités filantes; elle s'endort jusqu'à six heures du matin. L'opium est continué dans la journée, et le lendemain les douleurs n'ont pas reparu; l'orifice utérin s'épaissit, se rétracte, et le col se reforme. La femme accouche le 20 octobre 1857, d'un enfant bien portant, qui pèse 3,000 grammes.

Ni les membranes ni le placenta ne présentèrent rien d'anormal; le placenta n'était pas situé près de l'orifice, comme l'auraient pu faire supposer les hé-

morrhagies qui avaient eu lieu pendant la grossesse; aucune trace d'apoplexie ne fut remarquée dans les cotylédons placentaires.

M. Charrier, après avoir relaté ces observations, qui sont de nouveaux faits à l'appui de la possibilité de la rétrocession du travail débutant avant le terme de la grossesse, discute le mode d'influence de l'hydrorrhée sur la provocation des contractions utérines, puis termine son travail par la conclusion pratique suivante : « Chaque fois qu'une femme aura perdu des glaires ou du liquide, en quantité plus ou moins considérable, et qu'elle ne sera pas à terme, le médecin devra toujours agir comme si le travail pouvait être suspendu, malgré l'effacement du col et la dilatation commençante, malgré les contractions utérines ; il prescrira le repos horizontal et les narcotiques, l'opium surtout, qui, comme chacun le sait, est le sédatif de l'utérus par excellence. En effet, tant que la rupture des membranes n'aura pas été constatée d'une manière certaine, on n'aura peut-être affaire qu'à un début de travail, travail qui pourrait se suspendre, *rétrocéder*, et, par conséquent, permettre à la grossesse d'aller heureusement jusqu'à son terme. »

Nous acceptons le précepte donné par M. Charrier, même dans les cas d'hydrorrhée, parce qu'en pratique, mieux vaut le plus souvent dépasser un peu le but thérapeutique que rester en deçà. La seconde observation montre que, dans les cas où le début du travail avant son terme est provoqué seulement par une accumulation de liquide en dehors des membranes, dès que l'expulsion du liquide est terminée, les contractions de l'utérus peuvent cesser spontanément. *Sublatâ causâ, tollitur effectus*. Mais l'inverse peut avoir lieu ; il sera toujours prudent d'assurer la cessation des contractions utérines par l'administration de faibles doses d'opium.

Il n'en est plus de même dans les cas d'hémorrhagie ; ici la cause persiste et l'indication est plus pressante ; aussi les doses doivent être soutenues et même élevées en proportion de l'intensité du phénomène pathologique, et, tout en cherchant à faire rentrer dans le repos l'utérus, à l'aide des narcotiques, le praticien doit combattre le molimen hémorrhagique à l'aide d'un bain de mains, de ventouses sèches sur la partie supérieure du tronc ou d'une petite saignée du bras, suivant l'état de la constitution de la femme.

Remarques sur un cas d'anévrysme cirsoïde (varices artérielles) guéri par l'excision de la tumeur. — En serait-il du système circulatoire comme du système nerveux, et, parmi les affections diverses qu'il présente, certaines d'entre elles ne débuteraient-

elles pas par la périphérie de l'arbre vasculaire? Telle est la question que nous nous sommes posée en discutant, il y a quelques années, la valeur des ressources thérapeutiques à mettre en œuvre dans les cas d'anévrysme cirsoïde. « Au point de vue de l'intervention de l'art, on doit établir, disions-nous, une distinction entre les deux formes sous lesquelles se produit cette lésion du système artériel. La forme qu'on observe le plus fréquemment est, sans contredit, celle dans laquelle la maladie est produite par une plaie contuse des téguments ou la présence d'une tumeur érectile. La varice artérielle débute par l'extrémité terminale des vaisseaux, et si l'on parvient à détruire la lésion locale, la maladie est enrayée; si, au contraire, on l'abandonne à elle-même, on voit la dilatation envahir progressivement les branches et les troncs artériels. » (T. XLII, p. 350.)

Nous fournissions, dans le même article, à l'appui de notre conclusion pratique de tenter tout d'abord la destruction de la lésion périphérique, un fait tiré de la clinique de M. Nélaton, dans lequel l'habile professeur avait guéri sa malade par l'emploi de la galvano-puncture. L'observation suivante, qu'un interne distingué de nos hôpitaux, M. Decès, vient de publier dans sa thèse, montre que, dans les cas où l'oblitération du lacis vasculaire que forme l'extrémité périphérique des artères dilatées viendrait à ne pas être obtenue par la galvano-puncture ou, mieux encore, comme nous le prouverons prochainement, par des injections de perchlorure de fer; cette observation montre, dis-je, qu'on pourrait tenter l'ablation de la tumeur. Les chances de succès seront d'autant plus grandes, on le conçoit, que la lésion sera moins considérable. Voici ce fait intéressant.

Obs. *Varice artérielle du front et du cuir chevelu. — Ulcération et hémorrhagies. — Excision suivie de guérison.* — Narcisse M..., tisseur, âgé de vingt ans, entre, le 30 août 1852, à l'Hôtel-Dieu de Reims, pour y être traité d'une tumeur pulsative située sur la partie moyenne du front. Ce jeune homme est pâle, affaibli, mais d'une bonne constitution. Il raconte que, vers l'âge de six ans, il reçut une pierre lancée par un camarade, qui l'atteignit au-dessus de la tempe gauche; le choc avait été assez violent pour le renverser, et il demeura une demi-heure sans connaissance. Cependant cette contusion n'eut d'autre résultat appréciable que de laisser une cicatrice de 10 à 11 millimètres de longueur. A douze ans, nouveau choc qui provoqua une nouvelle contusion sur le sourcil droit. Presque aussitôt M... fut pris d'une ophthalmie violente, dont la durée ne fut pas moindre d'un mois, et fut suivie peu après de l'apparition d'une petite tumeur violacée du volume d'un pois. Cette petite tumeur, située sur le milieu du front, près de la racine des cheveux, était violacée, un peu acuminée, molle, et disparaissait momentanément sous la pression du doigt. Elle conserva son volume jusqu'au printemps de 1851, c'est-à-dire pendant sept ans.

A cette époque, le malade changea tout à coup ses habitudes et son régime.

Habitué jusque-là à des occupations sédentaires et à un régime frugal, il se livra tout à coup aux travaux actifs des champs, usa d'une alimentation substantielle et fit usage du vin, ce qui ne lui était jamais arrivé. Ces brusques changements ne tardèrent pas à modifier sensiblement sa tumeur; celle-ci s'accrut promptement, devint le siége de battements manifestes qui appelèrent son attention, de telle sorte qu'en y portant un jour la main, il y sentit une espèce de mouvement vibratoire, qu'il désigne sous le nom de *frou-frou*. Malgré la gêne qu'il en ressentait, il ne s'en livra pas moins avec ardeur à ses nouveaux travaux, qui bientôt même furent rendus plus pénibles encore par les ardeurs du soleil. Sous l'influence de l'insolation survinrent de la pesanteur de tête et des vertiges parfois assez violents. La tumeur s'accrut notablement et, à la fin de l'été, elle dépassait déjà le volume d'une aveline. Mais quand il reprit, à l'arrière-saison et pendant l'hiver suivant, ses occupations habituelles, sa tumeur diminua peu à peu, de telle sorte qu'au printemps de 1852, elle dépassait à peine le volume d'une petite noisette.

Revenant bientôt aux travaux des champs et à l'usage du vin et d'une alimentation plus forte, l'action de ces causes tarda peu à se faire ressentir sur le développement de la tumeur, et celle-ci atteignit rapidement, pendant l'été, un volume assez considérable pour amincir la peau et même pour l'ulcérer. Une nuit du mois d'août, et pendant son sommeil, M... se sentit tout à coup le visage inondé de sang. Soupçonnant qu'il s'échappait par l'ulcération qui s'était produite au point culminant de la tumeur, il enleva le bonnet serré par une cravate qui le comprimait, et put distinguer nettement, aux premières lueurs du jour, un gros jet de sang rouge et vermeil, qui s'élança, dit-il, à plus de deux mètres en avant de lui. Deux nouvelles hémorrhagies se produisirent ensuite à huit jours d'intervalle, et la dernière fut assez abondante pour lui faire perdre connaissance.

Effrayé par la fréquence de ces retours, n'osant plus même céder au sommeil, de crainte de mourir pendant sa durée, il se décida à entrer à l'hôpital pour y réclamer les secours de l'art.

Etat du malade à son entrée. — Le cuir chevelu étant rasé, on remarque au-dessus de la tempe gauche une cicatrice mobile, pâle et distante de près de 5 centimètres du bord de la tumeur; c'est celle qui correspond, dit-il, au coup de pierre reçu à l'âge de six ans. Le sourcil droit n'offre aucune trace de cicatrice qui corresponde au coup qu'il reçut plus tard. La tumeur siége sur la région moyenne du front et du cuir chevelu; commençant à la racine du nez, qu'elle déborde un peu, elle monte perpendiculairement, en s'élargissant, jusqu'au haut du front, pour se prolonger ensuite dans la même direction, et aller finir insensiblement près du sinciput. Oblongue, de forme irrégulièrement ovalaire, elle mesure 13 centimètres de haut sur 7 de large, et forme une saillie de 12 à 15 millimètres au-dessus du niveau des parties voisines. La peau qui la couvre a son aspect normal, sauf en quelques points plus saillants qui offrent une teinte violacée rappelant assez exactement celle qu'on remarque sur les varices des jambes. On y rencontre, vers le point le plus saillant qui correspond à la racine des cheveux, une petite ulcération de 7 à 8 millimètres de largeur, dont les bords irréguliers, frangés, coupés à pic, bordent un fond d'un rouge foncé, par lequel on voit bientôt jaillir un jet saccadé de sang rouge et vermeil, qui oblige aussitôt à le comprimer. C'est par ce point que se sont produites, suivant le malade, les trois hémorrhagies antérieures.

Examinée en masse, cette tumeur est indolente, souple, molle, dépressible,

douce au toucher; elle est parsemée de plusieurs reliefs sinueux et allongés, garnis de renflements mamelonnés, d'inégale grosseur et plus ou moins violacés. La circonférence, inégalement dessinée, semble s'allonger par places, pour se continuer avec plusieurs artères flexueuses qui s'y rendent de divers points voisins. Il est très-facile de distinguer, notamment en haut, les artères occipitales; en bas, les nasales; sur les côtés, les temporales, et entre celles-ci et les précédentes, les sus-orbitaires.

Au premier aspect, on voit cette tumeur incessamment animée d'un double mouvement d'expansion et de retrait; la main y sent des battements isochrones à ceux du pouls, fortement accusés, et un frémissement vibratoire très-prononcé, notamment sur les points les plus élevés, et, en particulier, autour du point ulcéré, à la racine du nez et au-dessus du sourcil droit. L'oreille, nue ou armée du stéthoscope, fait reconnaître en outre un bruit de souffle continu, saccadé, plus développé aussi sur les mêmes points.

Les artères voisines ont éprouvé plusieurs changements notables; toutes sont manifestement dilatées, allongées et flexueuses, dans un trajet plus ou moins étendu. Ainsi la temporale droite, qui présente ces caractères au plus haut degré, les conserve jusqu'au niveau du tragus; la gauche les perd à un centimètre plus haut; les nasales sont encore allongées et flexueuses au niveau du grand angle de l'œil, les sus-orbitaires jusqu'au rebord osseux de l'orbite, et les occipitales, jusqu'au-dessous du niveau de la suture lambdoïde Les auriculaires seules ont conservé leur forme et leur volume normaux.

Mais ce qui n'est pas moins remarquable, c'est que toutes ces artères présentent, dans toute l'étendue de leurs points dilatés, un frémissement et un bruit de souffle continu et saccadé, tout à fait semblables à ceux de la tumeur; néanmoins ce frémissement et ce bruit sont plus ou moins développés, selon la dilatation qu'ont subie les artères, et cessent complétement dès qu'elles ont retrouvé leur volume naturel.

La compression exercée sur les artères afférentes diminue ou fait cesser complétement le mouvement d'expansion, le frémissement et le bruit de souffle de la tumeur et des artères, selon qu'on l'effectue sur quelques-unes d'entre elles seulement ou sur toutes simultanément. On obtient le même effet par la compression des deux artères carotides exercée simultanément. Cependant, malgré cette suspension, le volume de la tumeur reste sensiblement le même; sa couleur seule devient un peu plus foncée.

Toutes les fonctions s'exercent régulièrement, et, à l'exception de l'insomnie entretenue par la crainte du malade, et peut-être aussi par un peu de céphalalgie et par quelques bruits qu'il dit retentir jusque dans l'oreille, malgré une grande pâleur et un peu de faiblesse, le malade se trouve dans de très-bonnes conditions.

On se borne, les premiers jours, à établir une compression méthodique sur la tumeur, afin de mettre le malade à l'abri des hémorrhagies dant le retour le préoccupe toujours si vivement. La compression est renouvelée tous les deux ou trois jours; l'hémorrhagie reparaît aussitôt qu'on l'interrompt, mais elle s'arrête avec facilité par la plus légère pression directe.

Le 20 septembre 1852, en présence des médecins de l'hôpital, M. Decès père pratique l'opération de la manière suivante : Le malade est couché sur un lit, la tête élevée, les paupières closes par deux plaques de diachylon. La tumeur est circonscrite au moyen de deux incisions semi-elliptiques, qui débordent sa base de quelques millimètres et comprennent toute l'épaisseur du

derme jusqu'au péricrâne exclusivement. A mesure qu'une artère est ouverte, le doigt d'un aide s'applique dessus et l'empêche de couler. La tumeur est ensuite isolée du péricrâne, auquel elle n'est unie que par un tissu cellulaire lâche, qui permet de l'enlever en grande partie par une sorte d'énucléation; puis dix-huit artères, plus ou moins volumineuses, sont liées successivement sans trop de difficulté.

Les os et le péricrâne sont sains; ce dernier est cependant un peu injecté et violacé dans le centre de la plaie, où le frontal lui-même semble un peu déprimé. — Pansement simple avec quelques compresses graduées sur la circonférence, pour exercer une compression modérée.

Le 21 septembre, le malade n'a pas dormi, mais il est calme et n'accuse que quelques douleurs qui paraissent occasionnées en grande partie par la compression exercée par l'appareil.

Les 22, 23, même état; le malade est tranquille et souffre à peine.

Le 24, l'appareil se trouve imbibé de sérosité; on est obligé de le renouveler en partie. Le malade est calme, ne souffre plus; pouls à 80.

Le 25, le malade a bien dormi, il a de l'appétit. Le pansement est renouvelé en entier; la plaie est rose; les artères dilatées qui entouraient la tumeur, notamment les temporales, ont déjà recouvré à peu près leur volume normal et n'offrent plus ni bruissement ni flexuosités. Le malade mange des potages.

Le 28, chute de cinq ligatures.

Le 29, six nouvelles ligatures se détachent en enlevant l'appareil.

Les 1er, 2 et 3 octobre, les dernières ligatures tombent successivement; il n'existe plus aucune trace de la dilatation flexueuse des artères environnantes, qui ont entièrement recouvré leur forme, leurs proportions et leurs fonctions normales.

Le 9, frisson; le malade est pris d'un accès de fièvre intermittente tierce qui règne dans l'hôpital. — Sulfate de quinine.

Les jours suivants, le malade a encore quelques accès de fièvre; la plaie pâlit et les bourgeons deviennent exubérants.

Le 22, le malade quitte l'hôpital un peu affaibli par la fièvre; la cicatrisation, retardée par ces accès, n'est pas encore complète.

Cependant M... tarde peu à se rétablir, et, sous l'influence de l'air natal, la cicatrisation de la plaie marche avec rapidité et sans nouvel accident.

Le 10 février 1853, M... revient à l'hôpital, sa santé est parfaite; il n'y a eu, depuis son départ, aucun retour de la maladie, aucune trace d'hémorrhagie; la cicatrice est de niveau avec les téguments, elle est souple, de bonne nature, présente de 10 à 11 centimètres de longueur sur 5 à 10 millimètres de largeur; les cheveux la couvrent en grande partie, de telle sorte que la difformité est à peine sensible. Les artères nasales, sous-orbitaires, temporales et occipitales ne forment aucun relief, ont leur longueur et leur volume naturels, et ne présentent plus aucune trace de flexuosités.

Une parente du malade, qui l'a vu récemment, affirmait à M. Decès, au mois de février 1856 (trois ans et demi après l'opération), qu'aucun accident n'est survenu depuis, que sa santé continue à être excellente, et que la guérison s'est parfaitement soutenue.

Dès que les malades quittent nos hôpitaux, ils sont perdus de vue; aussi, la plupart du temps, nous ne pouvons consigner que les résultats immédiats des procédés opératoires mis en œuvre. Il n'en

est pas de même dans les hôpitaux de nos provinces ; là, les observations se poursuivent au grand profit de la science, et les chirurgiens peuvent constater les résultats définitifs des méthodes thérapeutiques employées. M. Decès nous en fournit un bel exemple; aussi n'avons-nous pas hésité, malgré l'étendue de son récit, à le reproduire presque en entier ; nous avons supprimé seulement les détails anatomo-pathologiques fournis par l'examen de la tumeur enlevée, et qui ne font que confirmer le diagnostic porté sur la nature de la maladie.

L'expérimentation de M. Decès est des plus importantes, puisqu'elle montre que, dès que la lésion terminale périphérique est enlevée, les flexuosités des artères afférentes peuvent disparaître. Reste à l'observation clinique à déterminer si la destruction de la tumeur par le caustique a la même influence sur le retour des branches artérielles à leur direction normale.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Blennorrhagie *urétrale suraiguë (Traitement jugulant de la).* A la période suraiguë, où le copahu employé seul n'aurait aucune chance de réussir, M. Diday dit avoir obtenu d'excellents résultats de la combinaison thérapeutique suivante :

Premier jour : douze sangsues au périnée.

Deuxième, troisième et quatrième jours : application aux reins d'un emplâtre fortement stibié ; et usage quotidien, à doses fractionnées, d'une potion avec 30 centigrammes d'émétique.

Cinquième jour : cesser la potion ; et, après dix à douze heures de repos, prendre dans les vingt-quatre heures huit cuillerées à bouche de potion de Chopart (en quatre doses, de deux cuillerées chaque).

Le sixième jour, l'écoulement étant alors tari ou à peu près, faire une injection d'une solution de 30 centigr. de nitrate d'argent dans 20 grammes d'eau ; injection qu'on renouvelle successivement trois fois, à trente-six heures d'intervalle.

L'auteur, en publiant cette formule de traitement, avoue que peu de malades ont le courage de s'y soumettre; nous le comprenons sans peine et nous aurions même désiré apprendre ce qui pourrait légitimer jamais l'intervention d'une médication aussi active. Y aurait-il là une pensée cachée de traitement moral, celle d'inspirer l'horreur de la maladie par la crainte des souffrances provoquées par les moyens que son traitement réclame? (*Gaz. méd. de Lyon*, février 1858.)

Cautère actuel. *De son emploi énergique dans le traitement de certaines affections osseuses.* L'usage du cautère actuel tend à se généraliser de plus en plus dans la pratique chirurgicale, et les cas qui témoignent des bons résultats de son application se multiplient tous les jours. M. le docteur Kuchler, de Darmstadt, en fait un emploi énergique contre les caries, contre ce qu'il appelle l'ostéoporose, et deux fois, dit-il, il n'a pas hésité à plonger dans l'articulation du genou un stylet chauffé à blanc. Il rapporte dix observations de maladies des os qui paraissaient incurables et qui ont été guéries par un plus ou moins grand nombre de cautérisations. Celles-ci sont pratiquées profondément ; des cautères prismatiques, ou de formes analogues, sont plongés dans la masse osseuse et détruisent toutes les parties malades.

L'observation suivante en est un exemple.

Un jeune homme de dix-neuf ans présentait, depuis six mois, l'affection suivante : le corps du tibia droit est, dans la presque totalité, gonflé et mis à nu par à peu près huit ulcères à travers lesquels la sonde pénètre presque partout dans la cavité médullaire; l'os n'est recouvert que par quelques points de peau rouge, fongueuse. Les fistules osseuses sont tellement fongueuses qu'un, et même deux doigts peuvent pénétrer dans la profondeur de l'os. La maladie avait commencé avec de la douleur et de la rougeur inflammatoire de la peau recouvrant le tibia ; on l'avait traitée par des incisions, etc. Application du cautère prismatique, qui s'enfonça jusqu'à huit lignes de profondeur dans l'os, surtout dans le tiers supérieur. Action prompte; quelques semaines après, le volume du tibia avait notablement diminué; les parties molles étaient pâles et dégonflées, et l'altération pathologique avait moins d'étendue Neuf fois, en neuf mois, la cautérisation fut répétée. Le traitement avait été commencé le 2 mai 1854 ; en septembre, la maladie de l'os était réduite à un seul ulcère fongueux au tiers inférieur du tibia ; le gonflement des parties dures et molles avait presque disparu; ce n'est que dans le voisinage de la malléole interne que la sonde pénétrait encore profondément dans la substance de l'os. La guérison marcha sans entraves notables, et il fallait extraire parfois un petit séquestre ; parfois une petite fistule osseuse fermée se rouvrait. A la sortie de l'hôpital, le 17 avril 1855, le malade portait encore aux extrémités supérieure et inférieure du tibia de petites fistules de bon aspect, qui n'empiraient pas pendant le travail et qui ont fini par se cicatriser totalement, ce dont M. Kuchler a pu s'assurer en revoyant ce jeune homme en 1856. On n'avait administré concurremment que l'huile de foie de morue; le malade avait gardé le lit pendant une grande partie de son traitement. (*Deutsche Klinik* et *Union méd.*, décembre 1857.)

Chancres *non infectants* : *leur destruction à toutes leurs périodes avec la pâte de chlorure de zinc*. L'idée du traitement destructif des chancres, formulée pour la première fois par Hunter, reprise depuis par M. Ricord, était une idée trop éminemment, trop vraiment pratique pour être jamais abandonnée. Seulement, il y avait des distinctions à faire, car l'application de cette méthode ne prévenait pas toujours l'infection syphilitique générale, ce qui avait conduit Hunter à conseiller un traitement spécifique simultané, et M. Ricord à restreindre le traitement par destruction à la période tout à fait initiale des chancres, période où il regardait l'affection comme purement et toujours locale.

Maintenant ces distinctions sont faites. Il est reconnu, en effet, qu'il existe deux espèces de chancres, tous deux virulents et pouvant se reproduire par l'inoculation, mais dont l'un, celui qui s'indure, est seul infectant, seul capable d'être suivi de syphilis constitutionnelle, tandis que l'autre, qui ne s'indure pas, reste local ou du moins n'étend jamais son influence virulente au delà des ganglions voisins. Il n'est pas impossible que le traitement destructif soit applicable à la première de ces deux espèces chancreuses, au début, mais cela n'est pas démontré ; il l'est certainement, au contraire, à la seconde espèce, dans toutes les périodes de la maladie, ce qui procure un double avantage : transformer la plaie virulente en une plaie simple, qui se cicatrise promptement, et prévenir l'extension, la propagation du mal aux ganglions, c'est-à-dire le développement des bubons.

Tandis que M. Ricord établissait, dans ses dernières leçons, la possibilité de tuer sur place, selon son expression, cette dernière espèce de chancre, le chancre mou, non infectant, et avant la publication de ces leçons par M. Fournier, un des syphiliographes les plus distingués du département, M. Rollet, chirurgien-major de l'Antiquaille, avait fait des essais analogues qu'il a communiqués à la Société de médecine de Lyon.

Dans ces essais, M. Rollet a employé la pâte de chlorure de zinc, qui lui a donné les résultats les plus satisfaisants. Il la préfère au caustique carbo-sulfurique employé par M. Ricord, parce que son action est moins douloureuse et parce qu'elle produit une cautérisation réglée, calculée, graduée pour ainsi dire à volonté, aussi limitée ou aussi profonde que l'on veut. Voici le *modus faciendi* de M. Rollet. Après avoir abstergé la plaie, il place sur la surface ulcérée une rondelle de caustique exactement de même forme et de même dimension, l'assujettit avec de la charpie et une bandelette de diachylon ou une bande, suivant la région, et la laisse en place pendant deux heures, espace de temps qui lui a paru

convenable pour produire une destruction suffisamment profonde du parenchyme sécréteur du pus virulent. L'escarre se détache au bout de trois jours laissant à nu une surface recouverte d'une pseudo-membrane qui pourrait faire croire, au premier abord, que la plaie est encore virulente. Mais il n'en est rien, ainsi que le démontrent les résultats négatifs de l'inoculation ; et l'ulcère, désormais transformé en une plaie de bonne nature, marche rapidement à la cicatrisation.

Pour obtenir un résultat complet, il est de nécessité que toute réinoculation ultérieure soit rendue impossible; aussi est-il des cas où l'application de la méthode destructive est plus difficile, d'un résultat moins sûr; tels sont ceux de chancres multiples ; d'autres cas où elle n'est pas possible, soit à cause du siége, soit à cause de l'espèce ou des complications de l'ulcère, etc. Du reste, les conclusions suivantes, qui terminent le mémoire de M. Rollet, éclaireront le praticien sur les indications, les difficultés, les conditions de succès, les contre-indications du traitement destructif du chancre.

1° Une cautérisation de deux heures, avec la pâte de chlorure de zinc, détruit le chancre non infectant et le transforme en plaie simple, marchant vite à la cicatrisation; 2° la cautérisation destructive est particulièrement indiquée dans les cas de chancre unique, sans bubon virulent; 3° dans les cas de chancre multiple, sans bubon virulent, elle donne le même résultat, mais elle est plus difficile à appliquer, et demande à être faite avec un soin extrême, pour éviter la réinoculation; 4° dans les cas de chancre avec bubon virulent, la cautérisation peut détruire le chancre; mais si on laisse persister le bubon, on ne remédie qu'à une partie du mal, et l'on est exposé aux réinoculations; 5° il n'est pas certain qu'on puisse détruire le bubon virulent aussi sûrement que le chancre, en le cautérisant (les vaisseaux lymphatiques pouvant être infectés aussi bien que les ganglions auxquels ils aboutissent); s'il en était ainsi, la méthode aurait peu d'avantages à être appliquée aux chancres compliqués de bubons; 6° la cautérisation destructive est insuffisante, contre indiquée ou impossible dans les cas de chancres infectants; dans les cas de chancres gangréneux ou phagédéniques; dans les cas de chancres du canal ou du prépuce avec phimosis, et de tous les autres points où le caustique ne serait pas exactement appliqué ou maintenu. (*Gaz. méd. de Lyon*, décembre 1857.)

Dyssenterie *traitée par le guarana à petites doses.* En rapportant dernièrement (août 1857) des cas de diarrhée rebelle, où la guérison avait été obtenue au moyen du guarana, nous faisions remarquer la faiblesse des doses prescrites dans ces cas, comparativement à celles employées au Brésil d'où nous vient ce précieux médicament, comparativement aussi à la quantité que nous avions dû en faire prendre pour arrêter le dévoiement chez un phthisique. Nous nous trouvions par là conduit à dire que la question des doses est encore à étudier pour cette substance. Les mêmes remarques s'appliquent également au fait suivant, où nous voyons une dyssenterie intense rapidement guérie au moyen de faibles doses de guarana.

Un homme de cinquante et un ans, portefaix, doué d'une bonne constitution, mais sujet depuis plusieurs années à des irritations intestinales se traduisant par des selles liquides, fut pris en octobre dernier, à la suite de fatigue et peut-être aussi de quelque excès d'aliments, de fièvre, de douleurs abdominales et de diarrhée. Entré le 9 novembre dans le service de M. Gintrac, il fut reconnu atteint d'une dyssenterie aiguë ; il avait du ténesme, et quinze à vingt garde-robes quotidiennes, mêlées de sang, de matières glaireuses et de débris pseudo-membraneux. Des évacuations sanguines locales au début, avec les émollients et l'opium, un vésicatoire sur la fosse iliaque gauche, les astringents (acétate de plomb d'abord, puis sulfate acide d'alumine et de potasse uni au ratanhia) n'amenèrent aucun résultat, et, le 20 novembre, il y avait encore quinze selles dyssentériques dans les vingt-quatre heures. Le guarana fut prescrit, 45 centigrammes en trois pilules, le 20 et le 21, porté le lendemain à 60 centigrammes, et continué à cette dose. Le second jour, il y avait de l'amélioration ; le troisième, les selles ne contenaient plus de sang et, le 23, leur nombre descendait à six, en même temps que la douleur disparaissait et que le pouls tombait à 72. Dès ce moment, l'amélioration va croissant, l'alimentation devient possible, et le 30 la guérison est complète. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, janvier 1858.)

Electricité (*De l'*) *dans le traitement de l'hydrocèle.* Dans les cas d'épanchements de la tunique vaginale, l'électricité peut-elle modifier la condition pathologique de cette membrane de manière à prévenir une nouvelle sécrétion morbide? Telle est la question que vient soulever le nouveau traitement proposé par le docteur Rodolfo Rodolfi. A l'appui de sa conclusion, l'auteur rapporte quatre observations, dont trois ont été suivies de guérison. Voici un de ces quatre faits.

Vincent L..., âgé de trente ans, est admis, le 4 juin 1857, à l'hôpital de Brescia, pour un hydrocèle du côté gauche, datant de quinze mois. La tumeur avait le volume d'une tête d'enfant nouveau-né; elle était tendue, fluctuante, transparente; la peau du scrotum était rouge, sillonnée de petites veines dilatées; le malade accusait de temps en temps des douleurs lancinantes qui se propageaient du centre de la tumeur jusqu'à l'anneau inguinal.

L'expérience fut pratiquée à l'aide d'une pile de Bunsen à deux éléments. Au bout de deux minutes, une auréole rouge s'étant développée autour de l'aiguille qui était en contact avec le pôle négatif, on intervertit les réophores. Les effets observés tout d'abord furent: douleurs légères s'irradiant du centre de la tumeur vers l'anneau inguinal correspondant et vers les régions iliaques, mouvement vermiculaire de la peau du scrotum et contraction du crémaster. Au bout de seize minutes, les aiguilles furent enlevées; quelques gouttes de sérosité s'écoulèrent de la piqûre faite par l'aiguille qui avait été en dernier lieu en contact avec le pôle positif; l'autre piqûre était recouverte par un peu d'écume et offrait une légère tuméfaction due à l'œdème du tissu cellulaire sous-cutané. Toutes deux étaient entourées d'une auréole rouge-brun de la grandeur d'une lentille. L'hydrocèle, à la grande surprise des assistants, était presque disparu, et, deux jours après, le malade retourna chez lui parfaitement guéri.

Voici le procédé décrit par M. Rodolfi :

Le malade est couché sur son lit, le siége assez élevé et les cuisses légèrement fléchies. L'appareil se compose : 1° d'une pile de Bunsen à deux éléments, ou mieux celle de Daniel à trois ou quatre éléments (selon l'étendue de leur surface); 2° de deux fils de cuivre de grosseur ordinaire et longs de 50 à 60 centimètres, ou mieux encore de deux petits rubans de cuivre enveloppés d'une substance isolante; 3° de deux aiguilles fines d'acier ou de platine, à pointes très-aiguës, longues de 20 millimètres et larges d'un millimètre, munies, à 6 millimètres de leur extrémité supérieure, d'un rebord circulaire destiné à empêcher leur pénétration accidentelle dans la tumeur; 4° de deux capsules de cuivre, munies chacune de deux vis de pression. La première assure le fil conducteur dans une ouverture qui lui est destinée; la seconde fixe l'extrémité de l'aiguille reçue dans une autre ouverture de la capsule.

L'opération s'accomplit en trois temps : 1° implantation des aiguilles dans la tumeur; 2° établissement du courant électrique; 3° changement des pôles et extraction des aiguilles.

L'opérateur se place du côté correspondant à l'hydrocèle, assure à l'aide de la vis de pression les aiguilles dans leur capsule respective, et, en les tenant comme une plume à écrire, les implante dans la tumeur à la plus grande distance possible l'une de l'autre, en ayant soin d'en faire diverger leur pointe; pendant ce temps de l'opération, un aide tend la tumeur, en la comprimant entre les deux mains appliquées au-dessus du testicule. Cette compression ne doit être abandonnée qu'à la fin de l'opération, car elle a pour but de faire plonger les aiguilles dans une quantité abondante de liquide et d'empêcher que le mouvement vermiculaire produit par les contractions du dartos ne détermine la convergence des aiguilles, ou ne les dirige vers le testicule qu'elles pourraient blesser. L'opérateur établit ensuite le courant électrique, en introduisant les extrémités des deux fils de cuivre dans les trous pratiqués dans les capsules, et les y fixe à l'aide de la vis de pression *ad hoc*.

Au bout de cinq minutes, on opère le changement des pôles, en mettant en contact avec le pôle positif l'aiguille qui d'abord se trouvait sous l'influence du pôle négatif, et *vice versâ*. Cela fait, on laisse agir l'appareil électrique pendant vingt minutes environ, puis on extrait les aiguilles en usant de précaution, surtout avec celle qui est restée plus longtemps au contact du pôle positif, car elle présente toujours une surface très-rugueuse, par suite de son oxydation profonde. (*Gaz. méd. de Lombardie* et *Presse méd. belge*, décembre 1857.)

Eruptions arsenicales (*Des*), *et en particulier d'une éruption papulo-ulcéreuse observée sur les ouvriers qui manient le vert de Schweinfurt.* Ce n'est pas d'aujourd'hui que l'on connaît les éruptions produites par l'arsenic, elles étaient connues de Boërhaave, de Stahl, et elles ont été décrites ou tout au moins signalées dans plusieurs traités déjà anciens des maladies de la peau, et dans les ouvrages plus modernes des toxicologistes; mais elles étaient très-imparfaitement connues, et attiraient peu en général l'attention des médecins, lorsque, de notre temps, MM. Blandet et Chevallier en ont fait l'objet de nouvelles recherches. Depuis cette époque, plusieurs travaux intéressants ont été publiés sur ce sujet. On consultera avec fruit l'histoire générale que M. le docteur Imbert Gourbeyre en a publiée récemment dans le Moniteur des hôpitaux (nº du 22 décembre). Nous voulons seulement ici signaler une variété d'éruption observée par M. Follin sur les ouvriers qui manient le vert de Schweinfurt. Cette préparation, comme on le sait, contient de l'arsenic; l'éruption dont il s'agit rentre donc dans la classe des éruptions arsenicales. Voici quels en sont les caractères d'après une observation détaillée et très-intéressante recueillie et publiée par M. Follin :

Un homme, âgé de quarante-huit ans, employé dans une fabrique de vert de Schweinfurt, est entré à l'hôpital Saint-Antoine pour des ulcérations multiples existant surtout aux extrémités des membres supérieurs et inférieurs. Un mois environ après son entrée à l'atelier, il a vu survenir sans prodromes une éruption papuleuse assez confluente, notamment aux membres inférieurs; cette éruption s'accompagnait d'un prurit assez vif pour provoquer de l'insomnie, de l'anorexie, de la soif. Quelques-unes de ces papules s'étant ulcérées, ce fut alors qu'il se décida à entrer à l'hôpital. Il présentait alors : 1º deux ulcérations sur les ailes du nez, superficielles, à contours irréguliers, recouvertes de croûtes d'un brun-jaunâtre, à surface chagrinée, et entourées de téguments rouges, tendus, lisses; 2º une exulcération superficielle au-dessous de la sous-cloison, qui produisait une sécrétion assez abondante, d'un brun grisâtre; 3º sur le scrotum, une ulcération de forme quadrilatère, à bords nettement découpés, à fond d'un gris rougeâtre, peu déprimée, humide et comme recouverte par une couche pultacée blanche, sans base indurée; 4º une ulcération sur la surface palmaire de la dernière phalange du médius, ulcération à bords coupés à pic, non décollés, et dont le fond, d'un gris jaunâtre, sécrétait un liquide grisâtre; 5º enfin, des ulcérations semblables aux précédentes existaient à l'indicateur de la main gauche et à chaque pied. Quelques-unes de ces ulcérations, et celles des pieds en particulier, ont une base indurée, mais cette induration n'a point les caractères des indurations syphilitiques. Toutes ou presque toutes donnent lieu à des élancements assez vifs, plus intenses la nuit que le jour.

Depuis que ce malade travaille au vert de Schweinfurt, il a eu du dévoiement, ses forces ont peu à peu diminué, et, au moment de son admission, il était faible.

Le traitement employé par M. Follin dans cette circonstance a été très-simple et très-efficace : il a consisté en bains simples et prolongés d'abord, remplacés plus tard par des bains sulfureux, en boissons diurétiques et quelques toniques. Les ulcérations n'ont exigé aucun pansement particulier.

Les résultats prompts et sûrs de ce traitement indiquent aux praticiens la marche qu'ils auraient à suivre en pareil cas. (*Arch. gén. de méd.*, décembre 1857.)

Glaucome (*L'iridectomie appliquée à la cure du*). Dans une note adressée à l'Institut, le docteur de Graefe expose les résultats de la pratique qu'il a suivie plus d'une année, dans le traitement des cécités glaucomateuses par l'iridectomie. Sous le nom de glaucome, le professeur de Berlin ne comprend point certaine variété d'amaurose dans laquelle l'ophthalmoscope a fait découvrir des caractères anatomiques analogues à ceux du glaucome ; il réserve à cette affection la dénomination d'*amaurose avec excavation du nerf optique*. Quant au glaucome proprement dit, sujet de son travail, M. de Graefe le distingue en aigu et en chronique, et c'est à ces deux formes que s'adresse le procédé opératoire qu'il a imaginé. D'après l'auteur, l'augmentation de la pression intra-oculaire doit être considérée comme la cause principale de la cécité glaucomateuse, et les moyens propres à diminuer cette pression constituent l'indication la plus importante à remplir. Partant de cette idée, il a eu re-

cours d'abord aux mydriatiques, puis à la paracentèse de la chambre antérieure; l'emploi de ses moyens lui démontra la justesse de ses prévisions, en amendant la plupart des symptômes; mais les effets obtenus ne furent le plus souvent que temporaires. Il est parvenu à rendre ces effets durables, au moyen de l'iridectomie. Nous ne suivrons pas l'autenr dans les détails qu'il donne des suites immédiates de l'opération dans les cas divers où elle a été appliquée ; nous nous contenterons d'en faire connaître le résultat définitif. Chez des malades affectés de glaucome aigu, ou inflammatoire, la fonction visuelle s'est rétablie complétement toutes les fois que l'opération a été pratiquée dans la première semaine ; plus tard, les succès ont été d'autant moins certains et parfaits que le mal était plus ancien. Dans les cas où toute sensation lumineuse appréciable avait disparu, l'iridectomie n'a jamais eu d'effet sur la fonction visuelle, elle n'a présenté d'autre effet heureux que de faire disparaître la névrose ciliaire et d'empêcher le retour de nouvelles inflammations. Jamais il n'y a eu de guérison véritable dans les amauroses avec excavation du nerf optique, mais seulement un *statu quo*, qu'il est difficile d'espérer par l'emploi d'autres moyens. Nous devons, en terminant, indiquer les principales règles à observer dans le procédé opératoire : 1° la ponction doit être pratiquée aussi excentriquement que possible, afin de pouvoir exciser l'iris dans le point le plus éloigné de son insertion ciliaire; 2° le lambeau excisé doit être aussi large que possible; 3° il faut enfin laisser écouler l'humeur aqueuse avec lenteur et précaution, parce qu'un changement de pression trop subit pourrait facilement donner lieu à des hémorrhagies internes. (*Ann. d'oculistique,* décembre 1857.)

Hémorrhagie dentaire *guérie par la compression directe et continue.* Là souvent où les moyens thérapeutiques les plus rationnels et les plus énergiques se montrent insuffisants, c'est le moyen le plus simple et auquel on avait le moins songé tout d'abord qui réussit. Voici un nouveau fait qui vient une fois de plus le prouver, en nous montrant une hémorrhagie dentaire incoercible, rebelle à l'emploi des styptiques les plus puissants, et qui a cédé à une simple compression.

Au mois de juillet dernier, dit M. le docteur Paul Tondut, de Niort, un étudiant en médecine se fit extraire la seconde grosse molaire de la mâchoire inférieure. L'opération ne donna lieu immédiatement qu'à une légère perte de sang. Mais dans la nuit suivante, plus de douze heures après l'opération, le caillot obturateur qui s'était formé sortit, et il se manifesta une hémorrhagie assez abondante qui persista pendant les jours suivants. D'après l'avis de M. le professeur Bouisson, de Montpellier, on employa successivement tous les astringents possibles, le gargarisme acidulé au ratanhia et au tannin, l'eau de Pagliari, la glace, le perchlorure de fer, etc.; le tout sans succès.

On était au quatrième jour, et l'hémorrhagie continuait toujours ; le malade répugnait à employer la cautérisation douloureuse au fer rouge ou à l'acide chlorhydrique qui lui fut proposée, quand M. Tondut conseilla de recourir tout simplement à la compression directe et continue. — A cet effet, un large tampon de coton fut placé dans le trou alvéolaire et sur une partie de la gencive. On appliqua dessus, pour en maintenir l'adhérence, une mince lame de fer-blanc garnie de linge, dont le dos correspondait à la mâchoire supérieure, et dont les bords venaient serrer les deux côtés de la gencive inférieure. Ce petit appareil forçait le malade à tenir les arcades dentaires largement écartées ; il fut maintenu adhérent pendant toute la quatrième nuit, et le lendemain, cette hémorrhagie, qui menaçait à la longue de devenir très-sérieuse, se trouva subitement arrêtée. (*Gaz. des hôp.*, janvier 1858.)

Œdème de la glotte ; *guérison au moyen du sulfate de cuivre.* Le sulfate de cuivre, si employé en Allemagne, et qui ne l'est pas assez chez nous, est doué, d'après les médecins de l'autre côté du Rhin, outre un effet émétique très-sûr et très-prompt, d'une action élective sur la muqueuse des voies respiratoires, action dont la réalité a été confirmée chimiquement par les expériences de MM. Flandin et Danger, ainsi que nous l'avons noté dans un précédent volume (t. XXXI, p. 65). C'est principalement contre le croup que cette substance a été employée. Il résulte du fait suivant que ses propriétés peuvent être invoquées avantageusement dans une autre affection grave du larynx, l'œdème de la glotte.

Un homme de trente-six ans, fort et robuste, fut reçu, le 17 octobre dernier, dans le service de M. Gintrac, ayant été pris, deux jours auparavant, à la suite de l'impression du froid pendant qu'il était en sueur, de toux, de raucité de la voix, de douleur au devant du cou. A l'entrée, il avait une fièvre intense et tous les signes rationnels d'un œdème de la glotte; le doigt porté au fond de la gorge confirma ce diagnostic, en constatant la tuméfaction des replis aryténo-épiglottiques. Malgré une saignée de 300 grammes et quinze sangsues au devant du cou le premier jour, malgré le tartre stibié uni à l'ipécacuanha le second, malgré un purgatif énergique et un vésicatoire entre les épaules le troisième, l'état du malade ne fut pas amendé; et le 20, on enregistrait les symptômes suivants : anxiété, insomnie, orthopnée, voix voilée, sifflement laryngé plus intense, gonflement appréciable des replis aryténo-épiglottiques, pouls petit, à 104. Le sulfate de cuivre, alors prescrit à la dose de 50 centigr. dans une potion, détermina des vomissements nombreux d'un liquide verdâtre et d'une matière écumeuse blanchâtre, qui furent suivis d'une sueur générale et d'un amendement notable des phénomènes locaux et généraux. Continuation de la même potion le 21, nouvelle amélioration, expectoration muqueuse à la suite de la toux, devenue beaucoup moins fréquente. Le 22, looch kermétisé. Guérison confirmée le 25. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, janvier 1858.)

Phthisie pulmonaire (*Inefficacité de la médication iodée iodurée, dans le traitement de la.*) On rend un très-grand service aux praticiens en leur signalant l'inefficacité des médications nouvelles, surtout lorsqu'elles ont été recommandées par des expérimentateurs d'une valeur réelle. On se rappelle qu'il y a quelques années M. le professeur Piorry, dans un rapport à l'Académie de médecine sur un mémoire de M. Chartroule, appela l'attention du corps médical sur la valeur de la médication iodée appliquée au traitement de la phthisie. Cette médication se composait : 1° de l'inspiration de vapeur d'iode; 2° de l'iodure de potassium administré à l'intérieur; 3° de frictions sous les clavicules avec la teinture d'iode étendue de neuf parties d'eau. Les faits cliniques nombreux que le laborieux académicien fournissait, à l'appui des conclusions qui terminaient son rapport, devaient entraîner bien des praticiens; aussi n'avons-nous pas craint d'émettre nos réserves à cet égard. Les résultats suivants, obtenus par M. Champouillon sur cent neuf sujets adultes, atteints de phthisie confirmée, viennent légitimer ces réserves. « Les suites de cette expérimentation, dit le médecin du Val-de-Grâce, peuvent se résumer en quelques mots : 1° Aucun malade n'a éprouvé d'amélioration appréciable; 2° quelques-uns ont paru rester indifférents à l'action de l'iode; 3° d'autres en ont manifestement souffert. Je ne puis donc partager la confiance de ceux qui veulent introduire l'iode dans la thérapeutique de la phthisie, ni m'associer au culte que lui rendent ses partisans; car, toutes les fois que j'ai touché à l'iode, la dorure m'en est restée aux mains. » (*Gazette des hôpitaux*, décembre.)

VARIÉTÉS.

L'Académie des sciences a tenu sa séance annuelle le 6 février. Un intérêt tout particulier est venu s'attacher à cette séance : on devait y entendre l'éloge de Magendie par M. Flourens et pouvoir le comparer à celui qui fut prononcé, il y a deux mois à peine, à l'Académie de médecine, par M. Dubois (d'Amiens). Disons-le tout de suite, le discours du secrétaire perpétuel de l'Institut n'a pas été plus un panégyrique que celui de son collègue de l'Académie de médecine; et ceux qui avaient accusé M. Dubois de s'être montré trop sévère à l'égard du savant dont il avait à juger la vie ont dû se convaincre du peu de fondement de leurs reproches. Les appréciations de M. Flourens sur la vie et la personnalité du chef de l'école expérimentale diffèrent peu de celles qu'a exprimées M. Dubois (d'Amiens). Certains juges, et même des meilleurs, ont

accordé la palme à l'orateur de l'Académie de médecine, qui a su faire ressortir de son étude biographique «un enseignement moral et une conclusion scienti-«fique.»

Les prix de médecine et de chirurgie ont été distribués ainsi qu'il suit :

A M. Broca, pour son ouvrage intitulé : *Des anévrysmes et de leur traitement*;

A MM. Bourguignon et Delafond, pour leur *Traité de la gale chez les animaux domestiques*;

A M. Morel, pour son *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine, et des causes qui produisent ces variétés maladives*.

Des mentions honorables ont été décernées :

A M. Bertillon, pour son livre intitulé : *Conclusions statistiques contre les détracteurs de la vaccine*, précédées d'un essai sur la méthode statistique appliquée à l'étude de l'homme; et à M. Fonssagrives, pour son *Traité d'hygiène navale*.

Nous devons mentionner également le prix de physiologie expérimentale décerné à M. Brown-Séquard, pour ses recherches persévérantes sur les propriétés du sang artériel et sur celles du sang veineux, et la mention honorable accordée à M. le docteur Phillipeaux, pour son travail sur l'ablation des capsules surrénales.

Sous le titre : *Du journalisme et de son importance au point de vue médical*, M. le docteur F. Monin, de Mornant, vient d'adresser à la Gazette médicale de Lyon un très-intéressant article. Nous reproduisons la partie de ce travail qui a trait à la part afférente aux rédacteurs et aux lecteurs des journaux de médecine, quant aux progrès de la science :

« Si la science, diffuse dans de nombreux et volumineux traités, n'est pas accessible à tous, il n'en est point ainsi du journal. C'est un conseiller commode et discret, que vous prenez à votre heure. Vous le lisez dans vos courses, à table, à la promenade, au lit, en voiture ; — *nobiscum pernoctat, peregrinatur, rusticatur*. Les faits qu'il relate, en apparence sans liaison, vous reviennent à la mémoire en temps et lieu. Avez-vous la velléité de les revoir et de mieux les étudier ? il vous suffit d'un coup d'œil jeté sur la table analytique : vous avez à l'instant ce que vous cherchez ; votre opinion sur la valeur réelle de tel ou tel agent médicinal, de telle ou telle méthode, est fixée sans retard et sans hésitations.

« Pour que le journalisme voie s'étendre et s'agrandir cette salutaire influence, noble et imposant sacerdoce, il faut que, calme comme tout ce qui est fort, il n'use de son pouvoir qu'avec mesure et discrétion, qu'il sache discuter avec aménité et ne censurer qu'avec retenue. Surtout, de grâce, que sa marchandise soit de bon aloi ! *Hic opus, hic labor*. Là est l'épreuve ; là le danger. Pareil à ces remèdes puissants qui, passé une certaine dose, se transforment en poison un journal, bien ou mal dirigé, peut laisser tomber de ses plis, comme autrefois le sénateur romain, la paix ou la guerre, le bien ou le mal ; comme aussi, animé de la conscience de sa mission, il lui appartient de rappeler dans le devoir les frères égarés ou ceux qui abusent de leur position... Semblable à ce héros de la fable, il est armé de la lance qui fait les blessures et peut les guérir.

« Ainsi, libres et indépendants dans votre allure, confiants dans votre force centuplée par le nombre de vos adhérents croissant de jour en jour, déployez hardiment la voile, ô journalistes, pilotes providentiels de l'époque, qui régentez à votre gré l'opinion. De vous il dépendra désormais que la médecine cesse

de graviter dans les régions nuageuses de l'hypothèse et que, solidement étayée de faits, elle prenne, pour ne plus le quitter, le rang qui lui revient parmi les sciences positives.

« Dans le monde moral, tout est solidaire, comme dans la mécanique céleste tout est réciproquement centre et circonférence. Ce n'est qu'à cette condition de rapports mutuels et incessants, loi générale qui régit tous les êtres et tous les systèmes, que pourra s'établir entre le rédacteur et ses abonnés cette solidarité de but et de moyens, seule capable d'imprimer à l'œuvre commune la vie, la force, l'unité, gages du véritable progrès que nous appelons tous de nos vœux.

« O vous donc, qui que vous soyez, humble soldat perdu dans la foule, ou chef accepté de cette nombreuse et brillante phalange que grossit chaque jour la médecine lyonnaise, toutes les fois que les hasards de la pratique ou le résultat de vos études vous auront révélé quelque fait nouveau ou important, pénétrez-vous de cette idée, que laisser perdre soit une vérité, soit un fait qui peut conduire à sa découverte, c'est en quelque sorte un acte de félonie dont vous vous rendriez coupable vis-à-vis de cette grande famille médicale dont nous sommes tous membres. Mettons donc tous résolûment la main à l'œuvre, s'il nous tarde de voir édifier à notre science de prédilection un monument durable. Qu'importe si, dans ce travail de reconstruction, chacun de nous apporte

L'humble pierre cachée au sein du monument,
Ou la pierre sculptée où notre nom doit vivre !

Cette soif de renommée, si déraisonnable chez un être aussi passager que l'homme, ne pourrait-elle donc un moment faire place à la satisfaction intime, précieuse récompense du devoir accompli ?... Oh ! que j'aimerais à voir adopter par tous, pour cri de ralliement, cette devise qui poussait les anciens preux aux nobles entreprises :

Fais ce que dois, advienne que pourra ! »

Les remarques de M. Frédéric Monin sont très-judicieuses, et quoique le *Bulletin de Thérapeutique*, moins que tout autre journal, ait droit de se plaindre de la tiédeur de ses correspondants, nous n'hésitons pas à mettre sous leurs yeux l'appel de notre confrère, afin de ranimer leur zèle à cet égard.

Dans les sciences d'observation, il faut attendre du hasard des circonstances les conditions propres à une bonne expérimentation ; de là la nécessité, pour chacun de nous, de saisir l'occasion dès qu'elle vient à se présenter à lui. Un des obstacles principaux, pour un grand nombre de praticiens, a été l'absence fréquente, dans les pharmacies de leur localité, du nouvel agent thérapeutique qu'ils voulaient expérimenter. La nouvelle loi sur la poste, qui permet le transport des instruments, ainsi que des substances médicinales, par les voies rapides et à des prix excessivement minimes, vient trancher toutes les difficultés matérielles.

L'Association des médecins de la Seine, dans sa séance générale annuelle tenue le 31 janvier dernier, a rejeté la proposition, qui lui a été faite au nom du Comité de Bordeaux, de recevoir les adhésions des médecins de toute la France et de se transformer ainsi en une association générale si vivement désirée. Un des motifs qui ont le plus fortement influé sur la décision de l'assemblée a été l'avis émis par le judicieux Conseil de l'Association. D'après M. Paillard de Villeneuve, par le seul fait de l'adoption du projet du Comité de Bordeaux par l'as-

semblée, l'Association des médecins de la Seine cessait d'exister comme institution d'utilité publique, et nul ne pourrait prévoir si le Conseil d'Etat accorderait la même faveur à l'association nouvelle embrassant tout le corps médical de l'Empire. En présence de ce doute, le vote de l'assemblée ne pouvait être douteux.

M. le docteur Cabanellas, secrétaire général de l'Association, qui avait défendu le projet du Comité de Bordeaux, en présence du rejet de cette proposition, a cru devoir offrir immédiatement sa démission; mais l'assemblée tout entière, par ses acclamations chaleureuses, a forcé l'honorable confrère à conserver ses fonctions, dont il s'acquitte avec tant de zèle et de dévouement.

Il reste maintenant au Comité de Bordeaux à poursuivre son œuvre et à constituer une Association générale des médecins des départements, sur le modèle de celle des médecins de Paris. Des adhésions nouvelles lui arrivent chaque jour, et nul doute qu'il ne finisse par atteindre son but philanthropique.

Par arrêt du 18 janvier, la Cour suprême a cassé le jugement du tribunal de Bar-le-Duc et reconnu le droit des médecins de se faire payer quand ils obtempèrent à des réquisitions administratives. Nous reproduirons les motifs du jugement de la Cour suprême.

L'Académie de médecine vient de s'adjoindre deux nouveaux associés libres : M. Littré, le savant traducteur des œuvres d'Hippocrate, et M. Isidore Geoffroy-Saint-Hilaire.

M. Laveran, professeur d'épidémiologie militaire à l'Ecole du Val-de-Grâce, remplace M. Larrey comme médecin en chef et sous-directeur de l'Ecole. — M. Legouest, agrégé, est nommé professeur de clinique chirurgicale et chargé du cours des blessures de guerre. — A la suite d'un concours, M. Dujardin, médecin-major, a été installé en qualité d'agrégé en médecine, place laissée vacante par le décès du regrettable Félix Jacquot.

Par décision du Conseil de l'Académie de médecine, M. le docteur Axenfeld, professeur agrégé de la Faculté, a été nommé bibliothécaire adjoint de l'Académie.

Le concours pour la place de chirurgien-major de l'hôpital de l'Antiquaille de Lyon vient de se terminer par la nomination de M. Gailleton.

Les changements suivants viennent d'avoir lieu dans le corps enseignant de l'Ecole préparatoire de médecine de Besançon ; ont été nommés : professeur de pathologie interne, M. Druhen, en remplacement de M. Groslambert qui n'a pas accepté ces fonctions ; professeur de pathologie externe, M. Monnot ; professeur de clinique externe, M. Chenerrier ; professeur suppléant pour les chaires de chirurgie et d'accouchement, M. Druhen jeune, qui cumulera ces fonctions avec celles de chef des travaux anatomiques.

L'administration de l'assistance publique vient d'être autorisée par le Conseil municipal de Paris à construire à Forges-les-Bains (Seine-et-Oise) un hôpital destiné à recevoir cent enfants scrofuleux des hôpitaux de la capitale.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du traitement des fièvres intermittentes rebelles par l'eau froide et au moyen des procédés les plus simples et les plus faciles.

Par le docteur DAUVERGNE, médecin de l'hospice de Manosque.

Depuis longtemps nous soutenons que la maladie n'est qu'un désordre physiologique, consistant dans la perturbation des fonctions, et notamment des fonctions ultimes, qui, touchant immédiatement à la vie, la résument en quelque sorte : la sensibilité, la nutrition, la caloricité, la contractilité; et nous avons été le premier peut-être à proclamer hautement que la liaison entre ces fonctions et les organes était telle, que souvent en agissant sur les unes on faisait mouvoir les autres, et *vice versâ*, tant sont solidaires les organes et les fonctions. (Synthèse pathologico-thérapeutique, ou Pratique médicale expliquée par les mouvements physiologiques médicateurs naturels ou provoqués, *Bulletin de Thérapeutique*, 1853.) Notre Hydrothérapie générale, enfin, a été un édifice élevé pour soutenir ces idées...; aussi sommes-nous heureux de voir que les faits se rangent et se pressent chaque jour pour soutenir cette médecine essentiellement physiologique, puisqu'elle résume, réunit et explique, comme nous le disions, l'organicisme, le vitalisme et l'humorisme (Hydrothérapie générale, p. XII) ; ses phénomènes deviennent même si patents, que tout à l'heure les médecins les plus distingués rivalisent avec nous pour soutenir une telle médecine, et, dans ce nombre, nous nous glorifions de compter notre savant ami, le professeur Bonnet, de Lyon, dont nous attendons avec une vive impatience un nouvel ouvrage sur la médecine fonctionnelle; le docteur Fleury qui, chaque jour, à de nouveaux faits hydrothérapiques ajoute de nouvelles idées sur les fonctions déviées qu'il ramène à leur type normal par l'emploi de l'eau froide.

En effet, tandis que Macquart, Buchan, Russel et Voget faisaient croire à la curation des fièvres intermittentes opiniâtres par les bains de mer, c'est-à-dire par la spécificité chimique de cette eau, Currie, Giannini, Priessnitz, M. Fleury et moi avons démontré que cette action n'était due qu'à l'impression de froid produite et à la direction imprimée au mouvement organique. Enfin, la pratique a tellement répondu à cette théorie physiologique que, tandis que M. Fleury vient de faire connaître, dans son nouvel ouvrage, un nombre considérable de faits de fièvres intermittentes guéries par sa douche d'eau froide, je viens y ajouter des guérisons si manifestes de la

même affection par les moyens les plus simples et les plus grossiers, que le sulfate de quinine, ce remède si cher et jusqu'ici si précieux, doit céder la place et prendre aujourd'hui le second rang, et de remède habituel devenir exceptionnel. Nous aurons ainsi réalisé un progrès immense, puisque, avec plus de simplicité et de sûreté thérapeutique, sinon plus d'innocuité, nous aurons obtenu une économie nationale prodigieuse. Le difficile, comme l'attestent les efforts de M. Fleury, c'est de faire adopter de telles idées par la généralité des médecins et même par l'État, et c'est pourquoi j'ai cru devoir intervenir et décider bien des incertitudes, trancher bien des difficultés, en montrant que pour guérir des fièvres intermittentes graves, anciennes, rebelles, compliquées, il n'est nullement besoin des appareils spéciaux et puissants des établissements hydrothérapiques, mais seulement des instruments les plus simples, les plus usuels, les mieux à la portée de tout le monde, de toutes les conditions, de tous les ménages, pourvu que leur mise en jeu soit dirigée par un médecin familiarisé avec les idées physiologiques générales et la thérapeutique organo-fonctionnelle que nous proclamons.

Pour embrasser toute la série de mon expérimentation à ce sujet, je reproduirai une observation que j'ai publiée dans mon Hydrothérapie générale. Elle est d'ailleurs une des plus probantes pour démontrer que la saison exerce encore une influence particulière sur les effets physiologiques de l'eau et leurs conséquences médicatrices. C'est à cette observation aussi que commence les vingt-sept faits que je possède sur cette question thérapeutique. Vingt-six malades atteints de fièvres intermittentes de tout genre et de toute espèce, mais surtout rebelles et anciennes, ont guéri avec une sûreté et une rapidité surprenantes. Le seul cas que je supprime et qui seul a fait exception est celui d'un militaire qui, après une douche insuffisante pour lui couper la fièvre, devint tout bouffi, œdématié. Il faisait froid, nous étions à la fin de novembre ; ne voulant pas continuer, je lui donnai du sulfate de quinine à doses décroissantes. La fièvre ne revint plus de quinze jours, et il quitta alors l'hôpital de Manosque. Etait-ce la douche ou la continuation de la fièvre qui avait amené cette infiltration ? j'en doutais alors ; je ne puis plus en douter aujourd'hui, que j'ai vu le même phénomène survenir dans la fièvre intermittente traitée par le sulfate de quinine. Laissons donc cet incident, et revenons au premier fait que j'ai publié dans mon Hydrothérapie générale.

« Obs. I. *Fièvre intermittente quarte d'Afrique guérie avec l'eau froide, après avoir résisté plus d'un an au sulfate de quinine.* — Le

nommé Macharez (Jean-Baptiste), chasseur au 8me léger, est pris, en Afrique, dans le courant de l'été de 1851, de fièvres intermittentes quotidiennes, qui furent coupées à de courts intervalles par le sulfate de quinine, mais qui revenaient bientôt après. Seulement, elles reparurent avec le type tierce, tandis que, par le retour en France, elles devinrent quartes. La fièvre revenait donc tous les trois jours, lorsque ce militaire entra, le 8 juillet 1852, à l'hôpital de Manosque.

« De cette époque jusqu'au 1er août, il prit régulièrement du sulfate de quinine, et il n'en résulta que la disparition d'un ou de deux accès, sans du reste aucune amélioration dans l'état général.

« En effet, le 1er août, le malade avait encore sa fièvre tous les trois jours, sa peau était décolorée, ses yeux et ses conjonctives jaunes, etc.; je ne constatai cependant aucun développement anormal de la rate.

« L'inefficacité du sulfate de quinine m'étant suffisamment démontrée, je voulus essayer l'action de l'eau froide. Mais j'étais préoccupé du mode d'application qui pouvait être le plus efficace pour une fièvre qui n'entraînait aucun engorgement splénique, et qui, d'ailleurs, par sa forme quarte, me paraissait devoir être moins sensible à l'agent perturbateur ou plutôt équilibrant, ainsi qu'elle est plus réfractaire aux autres agents thérapeutiques.

« De plus, je n'avais pas à ma disposition les douches puissantes de M. Fleury. Au milieu de ces difficultés et de mon dénûment, je résolus néanmoins de faire recevoir au malade, sur la région splénique, de l'eau froide projetée au moyen d'une seringue ordinaire pendant quelques minutes (de deux à cinq), une heure avant l'accès.

« Cette pratique fit manquer les deux premiers accès, le troisième fut un peu marqué; et enfin le malade en éprouva trois autres ressentiments dans le courant de la première quinzaine d'août.

« Alors, je jugeai l'action de ces douches insuffisante, et, pour rompre cette habitude de périodicité, je voulus, les jours apyrétiques, provoquer un mouvement organique et fonctionnel à peu près semblable à celui du ressentiment fébrile. Dans cette intention, les jours que le malade devait avoir sa fièvre, il était douché comme d'habitude; tandis que les autres jours, à pareille heure, je le faisais lotionner et frictionner avec de l'eau fraîche de la tête aux pieds, et ensuite envelopper dans une couverture de laine pour provoquer la sudation, après laquelle il subissait une affusion froide.

« Sous l'influence de ces moyens ou plutôt de ces mouvements organiques provoqués, dès le 15 août Macharez n'eut plus aucun

ressentiment de fièvre, ce qui ne m'empêcha pas de continuer les lotions, les sudations et les affusions jusqu'au 25.

« A cette époque, je ne pensai plus qu'à hâter le retour entier des forces du malade, et à modifier toujours plus favorablement les conditions de son hématose, car les conjonctives, quoique moins décolorées, l'étaient encore. Pour cela, j'ordonnai soir et matin des aspersions froides sur tout le corps, au moyen d'un arrosoir, des viandes rôties et double portion de vin. Le 6 septembre, la coloration était presque normale; le malade assure n'avoir jamais si bien été depuis un an, il trouve même que ses forces sont peu différentes de ce qu'elles étaient avant sa maladie; aussi, le 12 septembre, il demanda à sortir de l'hôpital pour reprendre son service militaire. » (Hydrothérapie générale, p. 198.)

A cette même époque, je traitais également par les projections d'eau froide, au moyen d'une grosse seringue ordinaire, plusieurs militaires venant d'Afrique et ayant les fièvres quotidiennes ou tierces depuis six mois, un an même, et j'en triomphais également; seulement, j'observai que lorsque deux, trois douches suffisaient pour amoindrir les accès, il en fallait dix, douze et quinze pour les emporter entièrement. Chez les uns, il existait à peine des ressentiments; chez d'autres, c'était un faible accès qui se montrait quatre ou cinq jours après; enfin la fièvre ne disparaissait pas tout aussitôt, comme dans d'autres circonstances que vont indiquer les observations suivantes.

Obs. II. Boucher, Victor, chasseur à pied au 18me bataillon, est pris, en août 1856, d'une fièvre intermittente, qui a été coupée cinq fois avec le sulfate de quinine, et qui est toujours revenue de six à huit jours après.

Au passage du bataillon à Manosque, le 2 octobre 1857, Boucher entre à l'hôpital, et j'observe des accès fébriles peu longs et peu violents, mais revenant tous les jours. Il n'est pas maigre, parce qu'il mange à peu près comme dans l'état de santé, mais il est pâle, jaune verdâtre; les lèvres, les gencives, les conjonctives sont décolorées. Cependant, pas d'engorgement appréciable à la rate. Nonobstant cette circonstance, j'ordonne, une heure avant l'accès, une douche d'eau froide, sur la région splénique, au moyen d'une seringue ordinaire que l'on charge rapidement quatre ou cinq fois de suite; puis, immédiatement après, enveloppement à nu dans une couverture de laine, sur laquelle on ajoute les couvertures ordinaires usitées dans le Midi (coton cardé, piqué entre deux toiles).

Le premier jour l'accès manqua tout à fait; pareille prescription

cependant, ce qui fit trois douches. Alors je suspendis la médication perturbatrice, et comme après huit jours nul accès de fièvre n'avait reparu, je crus l'expérimentation suffisante et voulus alors consolider la guérison, en modifiant la constitution par une meilleure hématose. Je fis donner tous les jours à Boucher, matin et soir, une affusion froide, au moyen d'un arrosoir qu'on lui versait sur tout le corps pendant qu'il était dans une baignoire, droit, assis ou courbé, le baigneur étant monté sur un meuble élevé. Après cette affusion on le séchait rapidement, il s'habillait à la hâte et allait se promener à grands pas pendant une demi-heure environ, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il sentît à la peau une légère moiteur. Alors, il diminuait la rapidité de sa marche, et rentrait dans la salle.

Obs. III. Schmidt, Jacques, sapeur, aussi au 18me chasseurs à pied, est atteint d'une fièvre tierce, qu'il a contractée en Afrique, le 15 juillet 1857. Cette fièvre, pour laquelle, dit-il, il a pris 40 pilules de quinine et qui, après avoir été coupée, a reparu trois fois, s'arrête tout à coup après une seule douche prise le 11 novembre de la même année. Je m'en tiens aussi à cette seule douche, et la fièvre ne reparaît plus ; je me borne même à lui prescrire une bonne nourriture, sans affusions ni ferrugineux, parce que Schmidt n'est pas trop anémique et qu'il n'a aucun engorgement à la rate. Enfin, la fièvre, malgré cette simplicité de traitement, n'ayant plus reparu à la fin du mois, et Schmidt se sentant toute sa force et sa vigueur, je le fais rejoindre son bataillon à Embrun.

Obs. IV. Lebrun, Pierre, caporal au 59me de ligne, a toujours été bien portant et n'est jamais allé en Afrique. En 1855, il fut pris, à Paris, de fièvres intermittentes légères, qui cédèrent facilement au sulfate de quinine ; mais plus tard, au camp de Saint-Omer, il en fut repris, et l'on s'aperçut alors d'un engorgement considérable à la rate, engorgement et fièvre qu'on traita uniquement par le sulfate de quinine, qu'il prit à hautes doses et pendant six semaines. Sous l'influence de ce traitement, la fièvre disparut et l'engorgement diminua, mais des enflures générales survinrent et le traitement fut arrêté. Il garda ainsi une grande partie de son engorgement de la rate, puis à Toulon, où il se rendit, les fièvres reparurent, et dès lors l'engorgement de la rate augmenta encore. A Toulon, divers traitements, dont le malade ne peut nous rendre compte, furent essayés, entre autres des ventouses scarifiées sur la région de la rate, où j'en ai vu encore les traces. Toutefois, ces traitements ne firent pas même disparaître les accès de fièvre ; car, lorsque, au commencement d'octobre 1857, il entra à l'hôpital de Manosque, ces accès se

montraient régulièrement tous les deux jours. Ici, après quatre douches, au moyen de la seringue, il n'eut plus de fièvres; cependant je lui en fis prendre ainsi dix, pour l'assurer contre tout retour fébrile; puis, je dirigeai ma thérapeutique du côté de la rate, sur l'engorgement de laquelle je dois un instant fixer l'attention.

Lorsque Lebrun entra à l'hôpital de Manosque, cet engorgement s'étendait depuis la cinquième côte jusqu'à deux travers de doigt de la crête iliaque gauche, et cela, avec une dureté et une matité considérables, tant en avant qu'en arrière, dans l'hypocondre qui en était tout entier occupé. Enfin, en avant, cette tumeur, complétement indolente, était limitée sous les fausses côtes gauches et le bord externe du muscle droit abdominal, où elle finissait brusquement par une saillie arrondie. Cette portion de la tumeur splénique, au niveau de laquelle surtout on découvrait les traces des ventouses scarifiées, était dure, rénitente au début, plus tard un peu plus molle et élastique.

Chose remarquable, dans cet état, Lebrun n'était point généralement altéré ni anémique. Il avait des couleurs rosées et un embonpoint raisonnable, il ne souffrait pas; toutefois, il concevait qu'il lui importait de se débarrasser de cette prodigieuse tumeur, et comme il avait été émerveillé de l'action de l'eau froide sur ses accès de fièvre, il me priait de le débarrasser aussi de son énorme rate. Pour répondre à son désir, je crus devoir exciter l'absorption générale, et partant la résolution de l'organe engorgé, par les moyens suivants, dès l'instant surtout que je n'avais pas lieu de soupçonner une altération de l'hématose :

1° Régime presque exclusivement végétal; soupes de courge ou d'herbes, melons, raisins, figues, pruneaux, poires et pommes, avec un peu de pain;

2° Iodure de potassium, depuis 20 centigrammes par jour jusqu'à 1 gramme;

3° Applications froides sur la région splénique, pendant une heure, soir et matin, au moyen d'une serviette trempée dans l'eau froide et souvent renouvelée.

Ces moyens, continués pendant environ trois mois, firent maigrir le malade, et la tumeur diminua à peu près de moitié sinon des deux tiers. Elle diminua de toutes parts, excepté à la partie antérieure qui, plus particulièrement globuleuse, saillante et rénitente, devint, il est vrai, un peu plus molle et élastique, mais ne parut, en quelque façon, que plus prononcée, à cause de l'amaigrissement des tissus voisins. Toujours est-il que la sonorité de la poitrine revint presque à son état normal, et qu'en bas, la tumeur avait re-

monté, surtout en arrière, à plus de la moitié de l'hypocondre.

Ces diverses circonstances, le retour de l'embonpoint primitif du malade, surtout de sa coloration, me firent penser qu'il s'agissait probablement d'un kyste développé sur les parois de la rate ; que le parenchyme de l'organe, tout au plus comprimé, restait sain, comme ses fonctions présumées dans l'hématose, intactes. Dans cette idée, alors, que tout ce qui avait pu se résoudre ou se résorber de cette tumeur enkystée avait été repris par l'absorption, je proposai au malade d'appliquer sur la partie la plus saillante de la tumeur le caustique de Vienne, pour assurer des adhérences et arriver successivement jusque dans la poche intérieure, dans laquelle nous injecterions ensuite de l'iode d'après les procédés du docteur Boinet. Mais, comme je quittai le service, Lebrun demanda un congé de convalescence pour aller dans sa famille. Je ne sais donc ce qui lui est advenu depuis ; mais il n'importe ; ce que j'avais à prouver ici, c'est l'action rapide de l'eau froide sur des accès fébriles, produits ou entretenus par une pareille tumeur de la rate, et qui avaient résisté à toutes sortes de traitements, notamment au traitement par le sulfate de quinine poussé à l'extrême.

Maintenant que cette action de l'eau froide sur les accès de fièvres intermittentes graves est mise en toute évidence, non-seulement par les faits produits par M. Fleury, mais par les miens, au moyen des procédés les plus simples et les mieux à la portée de toute fortune et de toute condition, il nous reste à tirer toutes les conclusions pratiques possibles des observations cliniques que nous produisons.

Or, on doit voir que, dans la première, les accès fébriles ne disparaissent qu'après plusieurs jours et que le malade en éprouve encore, pour ainsi dire, quelques ressentiments pendant la première quinzaine ; tandis que, dans les dernières observations produites, une, deux projections d'eau froide suffisent pour arrêter entièrement les accès fébriles.

J'ignore si cette remarque a été faite par M. Fleury ; mais je l'ai répétée d'autres fois et toujours de telle manière que je ne puis attribuer cette différence qu'à la saison et nullement à la gravité de la fièvre, à son ancienneté ou à ses complications, puisqu'on voit que Lebrun, avec sa vaste tumeur splénique, n'a eu besoin que de quatre douches ; on pourrait même dire de deux, car à la seconde il ne revit plus d'accès.

Ainsi donc, chaque fois que j'ai eu à traiter des fièvres intermittentes par l'eau froide, ces fièvres ont été plus lentes à disparaître en été qu'en hiver, ou en automne.

Cette circonstance tiendrait-elle aux conditions organo-plastiques qu'apporte la saison, même dans un organisme pathologique, ou bien simplement à la température de l'eau qui, étant plus froide, détermine une plus vive impression et aussi des actions et réactions plus profondes d'organes à fonctions et de fonctions à organes? Il est impossible de ne pas reconnaître l'une et l'autre influence.

Evidemment, la chaleur atmosphérique influe sur l'hématose, et, sans aller chercher les différences de constitution, de longévité, de maladies des hommes des climats méridionaux comparativement à ceux du Nord, je ne veux m'en référer qu'aux observations cliniques les plus communes de la pratique usuelle. Or, j'ai observé depuis longtemps, et j'en ai fait l'objet d'une communication à la Société de médecine de Paris, que la chlorose s'aggravait toujours en été et s'amendait constamment en hiver; que la plupart des chloroses naissaient en été, tandis que quelques-unes guérissaient spontanément en hiver. D'autre part, l'influence du froid sur l'hématose est si évidente, que nous voyons toutes les constitutions, toutes les maladies inflammatoires régner en hiver et jamais en été. Dès lors est-il surprenant que des fièvres intermittentes, dont un des éléments pathogéniques siége aussi dans l'hématose et qui naissent pareillement en été et dans les pays chauds, soient modifiées par une saison qui modifie l'hématose comme le jeu et l'activité organo-fonctionnelle? Nous devrions nous étonner qu'il en fût autrement, tandis que ce qui est tout aussi certain, c'est que, avec plus d'impressionnabilité au froid et aussi en employant de l'eau plus froide, il doit résulter des sensations plus vives et, par suite, des impulsions organiques plus grandes, des retentissements fonctionnels plus profonds.

La vérité est ainsi toujours si simple, si concordante, si unitaire, que c'est manifestement par de semblables raisons que l'on peut expliquer la guérison des fièvres intermittentes par le changement de saison ou de pays. C'est cet enchaînement harmonieux dans les faits comme dans les phénomènes qui prouve toujours plus clairement que la médecine fonctionnelle que nous proclamons est la seule que la science élabore pour l'avenir, celle qui deviendra réellement explicable dans ses causes comme dans ses résultats, par la physiologie comme par la thérapeutique, et que, par ces motifs, on devrait appeler *biocynésie*, parce que toute médication ne consistera un jour qu'à mouvoir la vie dans son mécanisme organique comme dans ses effets ou ses conséquences fonctionnelles.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De la saignée de la jugulaire, et en particulier de son emploi dans le traitement de l'asphyxie.

On a peut-être trop complétement abandonné, de nos jours, les différentes espèces de saignées générales préconisées par nos prédécesseurs, pour ne conserver que la seule saignée du bras. C'est ainsi que la saignée du pied, la saignée des jugulaires, l'artériotomie, etc., ne sont plus pratiquées que dans des cas extrêmement rares, et cependant nos pères nous ont transmis des faits nombreux, incontestables, qui prouvent les heureux effets de ces diverses espèces de saignées et le bon parti qu'on peut tirer de leur emploi judicieux.

Le *Bulletin de Thérapeutique* a publié récemment une série d'articles tendant à réhabiliter une saignée peu connue, bien peu employée par la plupart des praticiens, et qui, d'après l'expérience de MM. Aran, Charrier et Mestivier, est d'une utilité très-grande dans les maladies du pharynx, du larynx, etc.; je veux parler de la saignée des ranines. Aujourd'hui nous nous occuperons de la saignée des jugulaires, et, après avoir rappelé la faveur dont elle jouissait dans les siècles précédents et au commencement de celui-ci, après avoir brièvement exposé les maladies contre lesquelles on l'employait jadis, nous ferons ressortir les nouvelles applications dont cette saignée paraît susceptible, si l'on en croit les travaux récents de quelques anatomistes et physiologistes étrangers.

J'emprunte à l'excellent ouvrage de Magistel (Traité pratique des émissions sanguines) la majeure partie des données suivantes, qui témoignent de l'ancienneté de l'opération qui nous occupe et qui résument les principales circonstances pathologiques qui jadis engageaient les praticiens à ouvrir la jugulaire.

La saignée des jugulaires remonte à une époque fort éloignée. Suivant Freind, ce fut Alexandre de Tralles qui la pratiqua pour la première fois; elle fut ensuite en grand honneur chez les Arabes. Fabrice de Hilden, au commencement du dix-septième siècle, dit en avoir obtenu de nombreux succès. Th. Bartholin, Willis, Lancisi, Sydenham la pratiquèrent souvent. En Allemagne, elle fut tirée de l'oubli par Hoffmann, dans les premières années du dix-huitième siècle. Arnaud de Villeneuve l'avait enseignée en France vers le treizième siècle, mais une crainte mal fondée l'y fit longtemps négliger. La chirurgie militaire a su en tirer de grands avantages. « La saignée la plus efficace qu'on puisse mettre en usage, dit Larrey,

pour désemplir les vaisseaux de la tête, est celle des veines jugulaires. » M. Bégin, qui en décrit très-bien le procédé opératoire, ne l'a jamais vue suivie d'accidents.

C'était, en effet, comme le dit Larrey, pour désemplir les vaisseaux de la tête, que tous les auteurs que nous venons de citer et tous leurs contemporains employaient la saignée de la jugulaire. « Dans les congestions cérébrales, dit Magistel, n'est-il pas évident que, parmi les saignées, celle-là sera la meilleure qui débarrassera le plus vite le cerveau du sang qui obstrue son système vasculaire? D'après les dispositions anatomiques des veines jugulaires, nous devons conclure que la saignée de la jugulaire externe désemplit directement les sinus méningiens, qu'elle débarrasse à l'instant même les vaisseaux profonds du cerveau. Elle est donc la plus utile, la plus sûre contre toutes les congestions sanguines de la tête, dans lesquelles il faut agir promptement et énergiquement. »

Parmi les maladies qui, pour les partisans de la saignée des jugulaires, réclamaient son emploi, nous trouvons donc :

1° *L'apoplexie.* Galien, Oribase, Paul d'Égine, Boerhaave la recommandent d'une manière toute spéciale. Magistel cite un cas dans lequel la saignée de la jugulaire réussit lorsque déjà divers symptômes fâcheux, entre autres la paralysie, s'étaient manifestés. Il rapporte également un cas d'empoisonnement par l'opium, dans lequel cette saignée fut employée et suivie d'un plein succès. Cette pratique est d'ailleurs recommandée par Orfila.

2° Magistel a vu la saignée de la jugulaire réussir dans l'*encéphalite*, dans l'*éclampsie*. Il rappelle que les anciens, que Willis surtout, l'employaient contre la simple céphalalgie, que la plupart des auteurs des siècles précédents sont d'accord pour admettre que dans la phrénésie ce sont surtout les saignées des jugulaires et des artères temporales qui offrent le plus de chances de succès.

3° *L'angine inflammatoire intense.* Parmi les auteurs qui recommandent la saignée des jugulaires dans ces affections, nous citerons Severin, Rivière, Freind, Lieutaud. Vieusseux et Magistel y avaient recours, pour peu qu'on eût à craindre la suffocation. Nous savons aujourd'hui que l'angine inflammatoire, convenablement traitée dès son début, acquiert rarement une intensité telle qu'elle menace les fonctions de la respiration. Le cas échéant, nous donnerions probablement la préférence à la saignée des ranines, d'après l'exemple de MM. Aran et Mestivier.

4° Willis, Sydenham disent avoir obtenu de bons effets de la saignée des jugulaires dans la *manie ;* Boerhaave et d'autres la re-

commandent contre la *mélancolie*. Cette pratique n'a pas réussi à Magistel. Dans l'*épilepsie* elle est quelquefois indiquée lorsqu'il y a congestion cérébrale intense, mais elle est difficile, parfois impossible à exécuter pendant les accès.

5° A des époques bien éloignées, Hildanus, Hoffmann, Heister, Morton conseillèrent l'opération qui nous occupe dans diverses *maladies des yeux*. Lieutaud, Callisen, J. Cloquet la recommandèrent aussi. Larrey l'employait dans les *ophthalmies* graves, principalement dans l'ophtalmie d'Egypte où ses effets, d'après Savaresi, sont presque instantanés.

6° Il y a une dizaine d'années, un médecin américain, le docteur Hildreth, appela l'attention des praticiens sur la nécessité qu'il y a à agir vigoureusement et promptement dans les *affections du cerveau* ou *du larynx*, si fréquentes et si meurtrières chez les enfants. Dans ces cas, dit-il, la saignée de la jugulaire permettra, dans la plupart des cas, de tirer le sang plus directement de la partie malade. D'après ces considérations, et après avoir démontré que le manuel opératoire est aussi sûr que simple, que l'opération ne présente aucun danger, l'auteur établit comme règle qu'on doit préférer la saignée de la jugulaire à toute autre évacuation sanguine dans toutes les maladies aiguës des enfants âgés de moins de deux ou trois ans (Gazette médicale, 1848, p. 891).

7° Enfin, et c'est là le but principal que nous avons en vue en écrivant ces lignes, la saignée des jugulaires a de tout temps été vantée comme le moyen le plus prompt de combattre l'*asphyxie*, que cette asphyxie soit le résultat de la submersion, de la strangulation, ou qu'elle soit produite par des vapeurs de charbon ou autres gaz impropres à la respiration. C'est ici que se trouvent en présence l'opinion des anciens qui pratiquaient la saignée dans le but de dégorger plus promptement les vaisseaux cérébraux, et l'opinion plus récente de quelques auteurs sur laquelle nous voulons appeler l'attention.

Magistel et les auteurs anciens citent des faits nombreux qui prouvent que dans l'asphyxie la saignée des jugulaires est d'un puissant secours ; mais ils distinguent avec soin les cas dans lesquels l'asphyxie a produit une congestion cérébrale et ceux où, au contraire, la face est pâle et où le sang paraît refluer vers le cœur. C'est le premier cas qui se rencontre communément dans l'asphyxie par strangulation, tandis que la plupart des noyés et des asphyxiés par les vapeurs de charbon rentrent dans la seconde catégorie. Dans le premier cas, comme pour toutes les congestions cérébrales, la saignée

des jugulaires doit être pratiquée le plus tôt possible, afin de dégager le cerveau ; dans le second cas, au contraire, la saignée des jugulaires faite au début peut hâter la terminaison fatale : il faut attendre la réaction qu'on provoque par une série de moyens dont nous n'avons pas à nous occuper ici, et lorsque cette réaction, ce qui a presque toujours lieu, dépasse les bornes physiologiques et menace de congestion l'organe encéphalique, c'est alors que la saignée des jugulaires doit être faite de préférence à toute autre émission sanguine. Fodéré, Tissot, Magistel, M. Marc sont tous d'accord sur ce point.

Telles étaient, pensons-nous, les croyances de nos devanciers, quant à l'utilité et aux effets thérapeutiques de la saignée de la jugulaire.

Tous y voyaient un moyen prompt et sûr de dégorger l'encéphale, et c'est de ce point de départ que découlent et le choix des affections contre lesquelles ils la préconisent, et le procédé opératoire qu'ils mettaient en usage. Tous, en effet, exerçaient une compression sur la portion inférieure de la jugulaire externe et faisaient une incision à la veine au-dessus du point comprimé; ils obtenaient ainsi l'écoulement du sang provenant de la cavité crânienne et de ses enveloppes. La compression avait pour double but de faciliter l'écoulement du sang par la plaie veineuse et d'empêcher l'accident si terrible et si redouté alors de l'introduction de l'air dans les veines et le cœur.

Eh bien ! en présence d'autorités aussi nombreuses et aussi respectables, nous pensons qu'on ne peut nier l'efficacité de la saignée des jugulaires, et que l'on doit déplorer que, de nos jours, on se prive volontairement, et sans raisons suffisantes, d'un moyen thérapeutique dont la valeur est incontestable. Nous croyons à l'utilité de la saignée du cou, telle que la pratiquaient les auteurs que nous avons cités, et la plupart des médecins depuis des siècles, dans les cas où l'on veut obtenir un dégorgement prompt des vaisseaux encéphaliques, comme dans l'encéphalite, dans les congestions cérébrales, dans l'apoplexie, peut-être aussi dans certaines maladies des yeux et du larynx; nous croyons surtout à son action dans l'asphyxie et nous sommes même porté à croire que les anciens n'ont pas connu toutes les ressources que peut offrir la saignée des jugulaires dans ce dernier état morbide ; cette croyance nous est principalement suggérée par le travail intéressant du docteur Struthers, travail publié dans l'*Edinburgh Medical Journal* de novembre 1856, et dont nous allons donner à nos lecteurs un aperçu aussi succinct que possible.

Reed déjà avait sur la saignée des jugulaires des idées neuves alors et qui soulevèrent une vive opposition. Dans l'asphyxie, dit-il, ce n'est pas le cerveau qui est congestionné, mais bien la cavité droite du cœur. Il faut donc saigner au cou, mais faire écouler le sang de l'ouverture inférieure de la veine, afin de dégorger promptement le cœur droit. Voilà le point de départ de la nouvelle théorie sur le rôle de la saignée des jugulaires dans l'asphyxie, théorie que le docteur Struthers a reprise et qu'il étaye sur des données anatomiques et sur de nombreuses expérimentations. Nous laissons parler le professeur d'Edimbourg :

« Le véritable motif qui doit faire préférer la saignée des jugulaires, dans l'état de mort apparente qui accompagne l'asphyxie, ne paraît pas avoir été généralement reconnu. Ceci peut être dû en partie à ce que le moyen proposé ne repose encore que sur des faits physiologiques et sur des expériences faites sur des animaux, et que son efficacité chez l'homme n'a pas encore été démontrée.

« La plus grande utilité, sinon toute l'utilité de la saignée des jugulaires dans l'asphyxie consiste dans le dégorgement du cœur droit. Dans l'asphyxie, en effet, le côté droit du cœur est gorgé de sang ; son action est ainsi arrêtée par sa distension, paralysée par cette cause toute mécanique, et cette paralysie du cœur persiste ou peut persister, malgré la respiration artificielle, tant qu'on n'a pas obtenu le dégorgement du cœur droit.

« Ce principe repose sur des expériences faites sur des animaux, sur des chiens, des chats, des lapins. MM. Reid, Cornack, Lansdale, après avoir tué ou presque tué ces animaux de différentes manières, par pendaison, par des coups sur la tête, par l'administration de doses toxiques d'acide cyanhydrique, de créosote, de strychnine, enfin par l'injection d'air dans les veines, sont parvenus à dégorger le cœur droit, en pratiquant la section des jugulaires. Ils ont vu que, par ce moyen, ils augmentaient l'action du cœur quand elle n'était que diminuée, qu'ils la ranimaient quand elle avait tout à fait cessé. Le mode d'action de la saignée de la jugulaire est le même dans tous ces cas, soit que le cœur soit distendu par suite d'un obstacle dans les poumons, soit que l'engorgement du cœur soit la conséquence de son arrêt momentané sous l'influence d'agents toxiques, soit enfin que la distension soit purement mécanique, comme dans le cas d'introduction d'air dans les veines et le cœur ; dans tous ces cas il existe une distension du cœur qui doit être combattue et qui disparaît par le dégorgement.

« Ces expériences firent voir encore que lorsqu'on gratte avec un

scalpel le cœur mis à nu, il ne se meut pas, mais qu'aussitôt qu'on pratique une ouverture à l'oreillette, ou à l'un des gros troncs veineux qui y débouchent, que par ce moyen on donne une issue au sang, aussitôt l'oreillette et le ventricule se dégorgent, se relâchent, et le cœur reprend son activité. Le même résultat fut obtenu par l'incision des jugulaires externes.

« Aujourd'hui, continue l'auteur, mon but est de rechercher si ce traitement est en tout ou en partie applicable à l'homme. En effet, les conditions anatomiques ne sont pas, en apparence, tout à fait les mêmes, car chez les animaux qui ont servi aux expériences précédemment décrites, la veine jugulaire externe, étant chez eux la principale veine du cou, est relativement plus grosse que dans l'espèce humaine. De plus tous les anatomistes sont d'accord pour admettre chez l'homme l'existence de valvules dans les veines jugulaires. Nous aurons donc à préciser la position et le jeu de ces valvules, à rechercher si leur présence apporte quelque obstacle au dégorgement et à déterminer, dans ce cas, les moyens de lever ces obstacles.»

Un mot d'abord relativement à la physiologie du cœur.

On sait depuis longtemps, et cette découverte appartient à M. W. King (De la soupape de sûreté du cœur humain, par W. King, in *Guy's hospital Reports*, 1837), que le ventricule droit se dégorge lui-même par retour du sang dans l'oreillette. En injectant de l'eau par l'aorte et par l'artère pulmonaire, King démontra en effet que : 1° la valvule mitrale ferme hermétiquement et empêche tout regorgement, lors même que le ventricule gauche est distendu par un liquide ; 2° que la valvule tricuspide permet un regorgement du liquide, sous forme d'une ondée plate, et cela, quel que soit l'état du ventricule droit, mais surtout quand il est distendu.

On nous objectera peut-être que, quant aux modifications et au jeu des valvules, il y a de bien grandes différences entre le cœur mort et le cœur vivant ; mais nous répondrons que l'état de distension et de paralysie du cœur droit, dans l'asphyxie, le rapproche beaucoup de l'état du cœur sur lequel expérimentait M. King. Le fait a d'ailleurs été observé chez les animaux vivants, et tous les expérimentateurs savent fort bien que lorsqu'on ponctionne les veines ou l'oreillette droite, le ventricule droit distendu se vide aussitôt par reflux du sang dans l'oreillette. Il y a là évidemment une double précaution de la nature pour protéger les poumons : la perfection de la valvule mitrale prévient le reflux du sang vers les poumons, l'imperfection de la valvule tricuspide permet le reflux du sang dans l'oreillette, en cas de distension du ventricule droit, et constitue ainsi

une véritable soupape de sûreté. On peut donc dire que la perfection de la valvule tricuspide réside dans son imperfection même.

Anatomie des valvules des veines du cou. — La plupart des anatomistes admettent l'existence de valvules dans la veine jugulaire externe, valvules qui sont au nombre de deux, l'une (C) près de l'extrémité inférieure du vaisseau, l'autre (D), moins constante, vers le milieu de sa hauteur. Ces valvules n'empêchent qu'imparfaitement le passage d'un liquide injecté ou le regorgement du sang. Toutes les autres veines de la base du cou ou de la tête passent pour être dépourvues de valvules. M. Struthers en a cependant rencontrées dans toutes ces veines, à peu d'exceptions près; il en existe constamment dans la jugulaire interne, dans la sous-clavière, dans les veines qui y débouchent, telles que la veine vertébrale, et dans plusieurs branches de la jugulaire externe. Ces valvules sont tout aussi constantes que celles du tronc de la jugulaire externe; elles se trouvent soit à l'orifice même de ces vaisseaux, soit tout auprès, et, comme la connaissance exacte de la position de ces différentes valvules est nécessaire pour bien comprendre le côté pratique de la question qui nous occupe, on nous pardonnera d'entrer à ce sujet dans des détails circonstanciés.



1° *Jugulaire interne.* — L'orifice de cette veine dans la sous-clavière est toujours munie d'une valvule bivalve (B), placée soit à l'orifice même, soit à un demi-pouce ou à trois quarts de pouce au-dessus. La direction des valves peut être transversale ou oblique; elle est ordinairement oblique. Quant à leur position, elles sont ou latérales ou bien l'une antérieure et l'autre postérieure. Le plus communément, elles sont obliques et latérales, leurs extrémités ou cornes pos-

térieures se réunissant à la partie postérieure et interne de l'orifice du vaisseau, les extrémités antérieures s'étendant un peu en haut et en dehors jusqu'à leur commissure. Une des valves peut être plus grande que l'autre; quelquefois il existe à la commissure antérieure des deux valves une bride, un frein qui réunit les deux cornes antérieures et donne à la valvule l'apparence d'une valvule monovalve.

Plusieurs anatomistes ont constaté une dilatation ou une ampoule de l'extrémité inférieure de la jugulaire interne, immédiatement au-dessus de sa terminaison; M. Cruveilhier dit que ce fait est très-prononcé chez certains asthmatiques, mais on ne paraît pas jusqu'ici avoir rattaché ce fait à l'existence d'une valvule. Cette corrélation est cependant bien claire, et la conformation anatomique notée par M. Cruveilhier doit être le résultat d'une exagération du regorgement du sang par suite de la gêne respiratoire, regorgement venant se briser contre la valvule dont nous signalons l'existence.

2° *Veine sous-clavière.* — Cette veine est toujours munie d'une valvule (A), à un pouce environ de sa terminaison et *toujours* en dehors de l'embouchure de la jugulaire externe. Comme la précédente, cette valvule offre de grandes variétés quant à la direction et à la position de ses valves; le plus souvent les valves, au nombre de deux, sont transversales, l'une antérieure et l'autre postérieure. Les cornes antérieures sont quelquefois réunies par une bride qui donne à la valvule l'apparence d'une valvule monovalve ou d'un diaphragme partiel. Les deux valves peuvent être de grandeur inégale; alors c'est la valve postérieure qui est la plus grande, et elle est munie d'un sinus assez grand pour fermer à elle seule la veine. Quelquefois il existe une troisième valve plus petite et placée entre les cornes postérieures des deux autres valves et ayant parfois un sinus très-profond. Cette conformation est, du reste, rare chez l'homme; M. Struthers ne l'a rencontrée que deux fois. Il ne faut pas non plus prendre pour une troisième valve une petite valvule qu'on rencontre souvent au devant d'une petite veine ou à l'entrée du canal thoracique.

Quoi qu'il en soit de toutes ces variétés, le fait important est qu'il existe constamment dans la sous-clavière une valvule placée immédiatement en dehors de l'embouchure de la jugulaire externe, valvule empêchant le regorgement du sang de l'oreillette vers le bras, mais non vers la jugulaire externe. Cette valvule est la seule qui existe dans la sous-clavière et il n'y en a ordinairement dans la veine axillaire qu'au niveau du bord inférieur du muscle sous-scapulaire, c'est-à-dire à une distance de cinq pouces environ. Il existe, en général, encore une valvule à une ou deux valves à l'orifice des veines céphalique et sous-scapulaire dans l'axillaire, valvule située quelquefois dans l'intérieur de ces vaisseaux.

3° *Jugulaire externe.* — Tous les anatomistes admettent dans la jugulaire externe l'existence de deux valvules, l'une dans son trajet, l'autre à son extrémité inférieure. Une seule fois, M. Struthers en a trouvé trois. La valvule inférieure ou terminale (C) occupe l'embouchure de la veine; elle varie de formes comme les précédentes : elle est tantôt transversale, tantôt oblique; ses valves sont tantôt antéro-postérieures, tantôt latérales. Les extrémités postérieures des valves sont les plus basses et peuvent empiéter un peu sur la sous-clavière, tandis que les extrémités antérieures sont plus haut dans la jugulaire et offrent quelquefois une bride qui les unit.

La jugulaire externe débouche dans la sous-clavière ordinairement à un demi-pouce ou à trois quarts de pouce de la naissance du tronc brachio-céphalique;

la valvule de la sous-clavière, comme nous l'avons déjà fait ressortir, n'est jamais placée en dedans de l'orifice de la jugulaire externe, c'est-à-dire entre cette veine et le cœur; il en résulte donc que la valvule inférieure de la jugulaire externe est le seul obstacle au regorgement du sang du cœur jusque dans cette veine.

La seconde valvule de la jugulaire (D) est située sur le trajet de la veine, au-dessous du milieu du cou, ordinairement à un demi-pouce au-dessus de la clavicule, après que la veine a franchi le bord postérieur du muscle sterno-mastoïdien. Ce point est important à noter quand il s'agit de déterminer où doit être pratiquée l'ouverture de la veine dans le cas où l'on veut obtenir un regorgement du sang du cœur. Ce regorgement s'obtiendra facilement lorsqu'on ouvre la veine au-dessous de cette valvule, mais non au-dessus. Cette valvule forme la limite supérieure de la portion large de la veine que quelques auteurs ont appelée son sinus. La veine se dilate jusqu'à ce point où semble s'arrêter le reflux du sang; ce n'est cependant pas un véritable sinus, mais une simple augmentation de volume de la veine, qui, en cet endroit, reçoit plusieurs confluents importants. Chez quelques vieillards cette partie de la veine jusqu'à la clavicule paraît très-distendue, ce qui s'explique parce que la valvule terminale permet le regorgement du sang, tandis que la seconde valvule l'empêche plus haut. Cette valvule est toujours bivalve, ses valves sont obliques ou transversales, latérales ou plus rarement antéro-postérieures.

Quand la jugulaire externe est divisée en deux branches, ce qui n'est pas rare, chacune des branches a ses valvules. Les plus grands confluents de la jugulaire externe ont également des valvules, à l'exception de la jugulaire antérieure qui, quoique souvent de très-fort calibre et venant s'anastomoser à la partie inférieure de la jugulaire externe, n'en a jamais. Ainsi on trouve des valvules dans la transversale du cou et dans la transversale de l'épaule. Une fois, le docteur Struthers a rencontré dans la jugulaire externe une troisième valvule, située entre les deux normales, à peu près à trois quarts de pouce au-dessus de la valvule terminale.

Dans les veines supérieures du cou, l'existence des valvules paraît assez rare.

Enfin, il existe une valvule bivalve ou monovalve à l'embouchure de la veine vertébrale, dans le tronc brachio-céphalique.

Examinons maintenant si, malgré les obstacles offerts par l'existence des valvules, le fluide qui distend le côté droit du cœur peut refluer jusque dans la jugulaire externe, et si une ouverture pratiquée à cette veine peut dégorger le cœur droit.

Nous avons vu déjà, par les expériences de M. King, que l'anatomie et la physiologie comparées donnent de fortes présomptions en faveur de l'affirmative. Il en est de même des expériences sur le cadavre, instituées à cet effet par le docteur Struthers. Cet expérimentateur injecta de l'eau par la veine fémorale, de façon à remplir et à distendre le système veineux de l'abdomen et du thorax, le côté droit du cœur et l'artère pulmonaire, imitant ainsi ce qui a lieu dans l'asphyxie, afin de s'assurer si, dans cet état, la veine jugulaire externe se distend par reflux du liquide du cœur droit, et si, en incisant la veine jugulaire, on peut dégorger le cœur droit.

Il résulte de ces expériences, qu'il serait inutile de reproduire ici en détail :

1° Que la jugulaire se distend toujours, à moins que le liquide ne trouve une issue par les veines qui se rendent à l'encéphale ;

2° Que, le plus souvent, la distension de la jugulaire s'arrête à la valvule supérieure de cette veine ;

3° Que cette distension est le résultat du reflux du liquide du cœur droit; car, en vidant la veine par compression de bas en haut, elle se remplit de nouveau de bas en haut dès qu'on cesse la compression ;

4° Qu'en ouvrant la veine à un pouce au-dessus de la clavicule, le liquide jaillit librement, tandis qu'en l'ouvrant au-dessus de la valvule supérieure, le reflux est gêné ou même impossible ;

5° Que, lorsque le reflux du liquide ne se fait pas librement, il suffit, pour le provoquer, d'introduire une sonde dans le bout inférieur de la jugulaire jusqu'à la sous-clavière, de manière à franchir la valvule terminale ;

6° Qu'on peut ainsi dégorger complétement le cœur droit et faire cesser sa distension ;

7° Que c'est à ce moment qu'il y a danger pour l'introduction de l'air dans les veines, mais pas avant;

8° Qu'en ponctionnant les veines du bras ou la veine axillaire, on n'obtient aucun dégorgement;

9° Que le reflux du sang par les jugulaires n'a lieu que lorsque ce vaisseau est distendu par le liquide, hors de ce cas le liquide ne pouvant pas vaincre l'obstacle des valvules terminales.

Utilisant maintenant les matériaux que nous venons d'analyser et ce que nous savons du mécanisme de l'asphyxie, nous arriverons à asseoir le traitement de l'asphyxie sur des bases physiologiques précises.

Dans l'asphyxie, le sang sortant des poumons est noir ; ce sang noir, non oxygéné, circule dans les artères, paralyse les fonctions du cerveau et de la moelle allongée ; le cerveau paralysé n'innerve plus le poumon; le poumon n'étant plus innervé, la respiration s'arrête, le sang stagne dans les poumons; cette stagnation du sang dans les poumons amène une accumulation, un trop-plein de sang noir dans le ventricule droit du cœur, car cet organe continue à fonctionner encore quelque temps après que la respiration a cessé ; cette distension du cœur droit l'empêche de reprendre son activité, lors même que, par la respiration artificielle, le poumon recevra de nouveau de l'air pur ; tant que cette distension n'aura pas été combattue par le

dégorgement, tous les efforts tentés pour ranimer la circulation pourront donc rester inutiles.

De ces données physiologiques découlent donc, pensons-nous, les conclusions pratiques suivantes :

Toutes les fois qu'il y a asphyxie, il faut dégorger le plus promptement possible le cœur droit du trop-plein de sang noir qui, indépendamment de toute autre cause, le paralyse mécaniquement; pour cela, on ouvre la veine jugulaire externe et on laisse couler le sang spontanément. L'issue d'une faible quantité de sang, d'une once, par exemple, suffit pour que le cœur recouvre sa contractilité; en fermant donc la veine dès que le sang cesse de regorger spontanément, on évitera tout danger d'introduction de l'air, car on conçoit que cet accident ne peut avoir lieu tant que les veines et le cœur sont distendus par un excès de sang;

Le dégorgement du cœur droit une fois obtenu, on ferme aussitôt hermétiquement la plaie du cou et on procède à la respiration artificielle, qui chasse l'air empoisonné, rétablit la circulation pulmonaire et les phénomènes chimiques de la respiration. La respiration artificielle fournit de nouveau au cerveau un sang artériel apte à ranimer son activité, et, en débarrassant les capillaires pulmonaires, elle achève de ranimer l'activité du cœur rendue possible par son dégorgement préalable. Cette respiration artificielle doit être continuée longtemps, car ce n'est que lorsqu'elle a fourni au cerveau un courant de sang artériel suffisant que l'innervation pulmonaire se réveille et que les fonctions respiratoires se rétablissent dans leur intégrité.

Nous avions donc raison de dire que, si l'expérience clinique vient confirmer les idées ingénieuses des physiologistes anglais dont nous venons d'emprunter les travaux, les anciens ne connaissaient pas toute l'utilité de la saignée des jugulaires dans le traitement de l'asphyxie, et nous sommes amené à penser que, lorsque dans l'asphyxie on constate une distension prononcée des veines du cou, on devra, avant toutes choses, avant de procéder à la respiration artificielle, pratiquer la saignée des jugulaires, non pour dégorger le cerveau, mais pour dégorger le côté droit du cœur. On peut même admettre que, dans les cas où les anciens employaient cette saignée avec succès en faisant couler le sang par l'extrémité supérieure de la veine, c'était au dégorgement du cœur droit qu'était due l'efficacité de l'opération, le dégorgement s'opérant alors par l'intermédiaire de la jugulaire interne qui, comme on le sait, communique largement avec la jugulaire externe dans les régions supérieures du cou.

Voici maintenant, pour terminer, quelques indications relatives au procédé opératoire et aux précantions à prendre afin d'éviter tout accident.

Quant au manuel de la saignée de la jugulaire externe, telle que la pratiquaient les anciens, nous ne la décrirons pas ici, renvoyant pour cela à tous les traités de chirurgie et de médecine opératoire, ou à l'excellent ouvrage de Magistel. Nous rappellerons seulement que M. Bégin surtout en donne une description très-claire et très-bien faite.

Lorsqu'on saigne la jugulaire externe pour opérer le dégorgement du cœur droit, voici, d'après M. Struthers, le procédé opératoire qu'on doit mettre en usage :

La veine jugulaire doit être ouverte à un pouce au-dessus de la clavicule et pas plus haut, car à un pouce et demi au-dessus de cet os se trouve la valvule supérieure qui empêcherait le reflux du sang de la partie inférieure de la veine et de la sous-clavière. Il n'est besoin d'aucune compression du vaisseau; pendant qu'on pratique l'incision, on fixe le vaisseau avec la pulpe d'un doigt, afin d'éviter qu'il ne fuie devant l'instrument. Une fois l'incision faite, on laisse la veine se dégorger et le sang couler spontanément.

Quand l'écoulement du sang n'a pas lieu, c'est probablement par suite de l'obstacle apporté au regorgement par la valvule terminale de la jugulaire, ou par le fait de l'existence d'une troisième valvule à un demi-pouce environ de l'orifice du vaisseau, comme M. Struthers l'a rencontré une fois. Pour lever cet obstacle, on introduit dans le bout inférieur de la jugulaire une sonde de femme, de préférence à tout autre instrument, et on la fait glisser doucement dans la veine jusqu'à une profondeur de deux pouces environ. On verra aussitôt le sang jaillir avec force, parce qu'on aura dépassé la valvule terminale. On peut aussi facilement faire pénétrer une sonde jusque dans le cœur, en lui donnant une bonne direction, savoir : obliquement de dehors en dedans et de haut en bas, puis d'avant en arrière, comme pour aller sous la tête de la clavicule. Mais on ne gagne rien à enfoncer la sonde aussi profondément, et il suffit de dépasser la valvule terminale de la jugulaire[1], la seule qui existe entre la plaie du cou et le cœur. Si aucun reflux n'a lieu par ce moyen, on ferme la plaie; le chirurgien aura essayé tout ce qu'on peut demander de la saignée de la jugulaire, et, sans perdre de temps, on pratiquera la respiration artificielle. Il est important de bien fermer la veine avant de commencer la respiration artificielle, car on comprend que, si on laissait la plaie béante, les mouvements

de dilatation qu'on imprime au thorax rendraient très-facile l'introduction de l'air dans le cœur.

Hors cette circonstance, nous croyons, avec Magistel, Batifoliez, Wing (de Boston), qu'on s'est beaucoup exagéré l'imminence de cet accident, comme venant compliquer la saignée de la jugulaire.

En présence de l'unanimité des auteurs anciens en faveur de la saignée des jugulaires comme dégorgeant le cerveau, en considérant, d'après les travaux plus récents qui servent de base à notre dissertation, que la saignée de la jugulaire peut être d'un grand secours dans tous les cas d'asphyxie et d'engorgement du cœur droit, nous ne pouvons qu'engager les praticiens à revenir à la pratique des anciens et à donner aux faits spéculatifs que nous venons d'exposer la sanction de l'expérience clinique, qui seule peut donner à un procédé thérapeutique droit de domicile dans la pratique.

Docteur L. Gros.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Nouvelle préparation iodique destinée à l'usage externe, l'iodure de cadmium.

Le docteur Garrod, professeur de matière médicale au collége de l'université de Londres, vient d'appeler l'attention des praticiens sur un nouveau sel destiné spécialement aux usages externes. Nous regrettons, toutefois, que le sagace auteur ait cru devoir débuter, dans sa note, par faire le procès des diverses préparations employées par la pratique courante. Ainsi, il reproche aux pommades iodées d'être irritantes et de tacher le tégument en jaune; aux pommades iodurées de présenter le sel mal broyé et d'offenser alors les peaux délicates, de se colorer, etc. Enfin, il ajoute que l'iodure de potassium étant incorporé à des matières grasses, l'agent médicamenteux est difficilement absorbé, d'où il résulte qu'on n'obtient pas tous les effets thérapeutiques locaux sur lesquels on était en droit de compter. Nous partageons cette dernière opinion de M. Garrod; aussi aurions-nous désiré qu'il eût profité de la circonstance pour nous indiquer une forme pharmaceutique qui assurât davantage l'absorption des principes médicamenteux. Mais l'auteur ne peut combler ce *desideratum*; la preuve, c'est qu'il conserve cette forme, vicieuse selon lui, pour l'emploi du nouvel agent thérapeutique qu'il recommande : l'iodure de cadmium.

Il n'est pas jusqu'à l'inoffensive pommade à l'iodure de plomb,

que certains praticiens, et nous sommes de ce nombre, substituent fréquemment à l'onguent mercuriel, qui ne se trouve mise à l'index comme tachant la peau, et, de plus, pouvant produire un grand nombre de maladies, telles, par exemple, que la cachexie saturnine, la colique de plomb, et diverses formes de paralysies. Quelles sont les preuves que M. Garrod peut fournir à l'appui de semblables assertions? Il serait temps que les auteurs, surtout ceux de la valeur du savant professeur, voulussent bien abandonner cette forme surannée d'entrée en matière. Ces remarques faites, nous abordons le sujet même de la note de M. Garrod.

L'iodure de cadmium, d'après une expérimentation clinique datant de trois années, aurait tous les avantages des préparations iodées, sans en présenter aucun des inconvénients. C'est un très-beau sel, d'apparence nacrée, très-blanc, très-brillant, complétement inaltérable à l'air; très-facilement soluble dans l'eau et l'alcool, formé d'équivalents égaux d'iode et de cadmium (69,46 d'iode, et 30,54 de cadmium). Ses deux caractères essentiels sont de donner la couleur bleue de l'iodure d'amidon, quand on le traite par l'amidon et l'eau chlorée, et un précipité jaune de sulfure de cadmium, quand on fait passer un courant d'hydrogène sulfuré dans sa solution; il forme une pommade très-blanche et très-douce, qui ne se colore pas par l'action de l'air, ni du temps, et qui n'a pas l'action irritante des pommades iodées ou iodurées ordinaires.

Plusieurs essais répétés avec l'emploi d'une pommade composée d'une partie d'iodure de cadmium pour huit parties d'axonge ont prouvé que cette préparation a réduit rapidement des glandes scrofuleuses d'un très-gros volume, qu'elle a apporté un grand soulagement à diverses formes d'engorgements, et que, dans plusieurs cas, elle a triomphé d'affections chroniques de la peau et des articulations.

M. Garrod recommande donc l'iodure de cadmium en toute confiance, comme une des meilleures préparations iodées; il ajoute qu'il a toute raison de croire que l'absorption du cadmium dans l'économie n'a pas les conséquences fâcheuses qu'entraîne l'usage du zinc. L'auteur aurait pu appuyer sa conclusion sur les résultats des essais tentés, il y a quelques années, par M. le professeur Simpson, d'Edimbourg. La pharmacie centrale des pharmaciens ayant mis généreusement à notre disposition de l'iodure de cadmium, nous pourrons prochainement ajouter notre témoignage à celui des médecins anglais qui ont expérimenté ce nouvel agent.

De la prééminence du carbonate de potasse comme procédé glycométrique.

Il faut à la pratique courante de la médecine des procédés d'exploration expéditifs ; aussi, quoique nous ayons, dans l'emploi du polarimètre de Biot et du saccharimètre de Soleil, des instruments qui répondent à toutes les exigences de la science, puisqu'ils fournissent à la fois une analyse qualitative et quantitative, nous avons pris soin d'enregistrer les procédés chimiques au moyen desquels les médecins qui ne possèdent pas ces instruments peuvent reconnaître la présence du sucre dans les urines de leurs malades. A ce titre, nous avons publié récemment le nouveau procédé de M. Boettger, plus sensible que tout autre pour déceler les plus faibles traces de sucre. Mais ce procédé, ainsi que ceux de Fromherz, de Barreswill, ne fournit qu'une analyse qualitative, c'est-à-dire que la différence de coloration du précipité ne permet pas d'apprécier la quantité de sucre contenue dans l'urine examinée. Pour cette analyse quantitative, approximative encore, il est vrai, mais suffisante, toutefois, pour juger des effets de la médicatian et du régime suivis par les malades, on suit vulgairement, du moins dans la pratique parisienne, le procédé recommandé par M. Mialhe. Il consiste à verser dans un tube un peu d'urine, à y ajouter un tiers d'une solution de potasse caustique, puis à porter le mélange à l'ébullition à la flamme d'une lampe à esprit-de-vin. Sous l'influence de la chaleur, l'alcali se réduit ; et comme la coloration du liquide est d'autant plus intense que la quantité de sucre contenue dans l'urine est plus considérable, on obtient un premier renseignement. Afin de permettre aux praticiens d'apprécier plus exactement la dose du sucre contenu dans l'urine, M. Mialhe avait fait faire un tableau présentant la graduation des teintes fournies par 5, 10, 15, jusqu'à 100 grammes de sucre par litre d'urine. En comparant la coloration obtenue par la liqueur d'essai avec les teintes types du tableau, le praticien pouvait de suite déterminer la quantité de sucre que contenait l'urine qu'il analysait. La tentative de M. Mialhe a échoué et, dans une note publiée dans le *Pharmaceutical Journal*, nous voyons M. Garrod recommander aux médecins anglais une pratique analogue mais plus compliquée. Toutefois, ce n'est pas à la potasse caustique mais au carbonate de la même base que cet auteur accorde la préférence comme offrant une réduction plus franche ; or, comme M. Boettger a émis la même opinion, nous croyons devoir signaler cet accord des deux chimistes.

La liqueur d'essai préconisée par M. Garrod se compose de 125 grammes de carbonate de potasse dissous dans 180 grammes d'eau distillée.

Du charbon animal comme contre-poison des solanées vireuses.

Il résulte d'expériences tentées par le docteur Garrod qu'une petite quantité de charbon animal ajoutée à une solution de belladone, de jusquiame et de datura, détruit ou neutralise entièrement leur action spéciale sur l'économie. Les effets de la jusquiame paraissent neutralisés par une plus petite dose de cette substance que ceux du datura; la belladone en réclame une quantité un peu plus considérable.

Deux malades qui avaient avalé par méprise, l'un 60 centigrammes de belladone, l'autre 10 grammes de feuilles de la même plante, guérirent rapidement par l'administration du noir animal.

L'auteur, pour mettre cette action hors de doute, administra à un chien une dose d'aconit qui le tua promptement; il fit prendre à un autre chien de même taille quarante fois cette dose, avec addition d'un peu de noir animal, et ce chien ne ressentit aucun symptôme d'empoisonnement.

Il est inutile d'ajouter que, comme tous les contre-poisons, le charbon animal doit être administré avant que le poison ait eu le temps d'être absorbé, autrement il reste naturellemeut sans effet. Le charbon animal non purifié, le noir animal commun, agissent aussi efficacement que les préparations purifiées, tandis que le charbon végétal reste tout à fait sans effet.

Cette action neutralisante du charbon animal paraît s'étendre à tous les alcalis végétaux, à la quinine, à la strychnine, à la morphine; mais cette dernière assertion demande à être vérifiée.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur un mode facile d'administration du deuto-acétate de cuivre à l'intérieur.— Utilité de ce sel dans quelques affections, et principalement dans les démangeaisons cutanées.

Dans les mois de janvier 1853 et 1854, c'est-à-dire à une année de distance, le *Bulletin de Thérapeutique* entretenait ses lecteurs des bons effets de la teinture d'acétate de cuivre dans plusieurs formes de maladies que j'énumérerai plus bas.

A une époque qui n'est pas encore bien éloignée de nous, nos maîtres nous interdisaient formellement l'usage interne des prépa-

rations pharmacologiques de deux métaux qui, autrefois, avaient joui d'une grande vogue, je veux parler des médicaments à base d'arsenic et de cuivre. Cet anathème n'était pas sans appel : le temps, fécondé par l'expérience, a rendu à l'arsenic une réparation éclatante, et aujourd'hui il est bien peu de praticiens qui n'aient eu à se louer d'avoir employé l'acide arsénieux dans le traitement des fièvres intermittentes, des névralgies périodiques, des névroses du même type, et surtout des maladies de la peau, où cet acide exerce une action presque spécifique. Pour ma part, je lui dois de véritables triomphes dans plusieurs cas réputés incurables, pris parmi les genres nosologiques précités.

Complétement édifié en ce qui concerne l'acide arsénieux administré aux doses que tout le monde connaît, je gardais une prudente réserve à l'encontre du cuivre, lorsque le *Bulletin de Thérapeutique*, dans l'analyse des travaux de Rademacher (t. XLIV, p. 27), et dans le compte rendu d'une observation du docteur Lobach (t. XLVI, p. 92), attira l'attention sur l'heureuse influence que la teinture d'acétate de cuivre exerçait dans plusieurs groupes morbides.

Il existait seulement une différence énorme entre les doses de cette teinture que conseillaient ces deux auteurs, teinture dont, au reste, aucun des deux ne donnait la composition. Ainsi, voici la formule de Rademacher; je copie textuellement :

«.... Pr.	Eau distillée	220 grammes.
	Eau de cannelle	32 grammes.
	Gomme adragante	4 grammes.
	Teinture d'acétate de cuivre	6 grammes.

Mêlez par cuillerée toutes les heures (c'est sous cette forme que Rademacher emploie surtout le cuivre). Usages : dans les fièvres aiguës, dans les débilités musculaires, et en particulier dans la paraplégie (la dose d'acétate, dans cette dernière, est portée à 8 grammes, et continuée jour et nuit pendant trois mois), dans les apoplexies, dans les cas de salivation mercurielle, dans certaines suffocations, certains cas d'anasarque et d'ascite ; — dans les exanthèmes chroniques, les dartres humides, les démangeaisons insupportables ; — comme vermicide, pour tuer l'ascaride lombricoïde. » (*Loc. cit.*, p. 27.)

Tandis que Rademacher administre cette teinture hardiment, à dose fortement allopathique, M. Lobach descend presque aux réserves homœopathiques. Il est exposé en effet (*loc. cit.*, p. 92) que, séduit par les heureux résultats qu'il avait antérieurement obtenus de la teinture d'acétate de cuivre dans les crampes des hystériques et dans les paralysies, suites d'apoplexie, ce médecin l'avait em-

ployée pour guérir des crampes d'estomac qui, chez une femme enceinte, avaient persisté après la cessation de vomissements opiniâtres due à l'influence de la strychnine. Ces crampes d'estomac disparurent aussi. Pour cela, on administra d'abord une goutte de teinture d'acétate de cuivre toutes les heures, puis on augmenta insensiblement jusqu'à six gouttes ; au bout de trente-six heures, tous les accidents avaient cessé.

La potion de Rademacher, qui contient treize cuillerées à bouche, serait consommée dans le même nombre d'heures. En suivant le mode d'administration de M. Lobach, on trouve que si la teinture d'acétate de cuivre avait, par exemple, la densité du laudanum de Sydenham, que je prends pour terme de comparaison (vingt gouttes de laudanum de Sydenham pèsent 75 centigrammes), 6 grammes de cette teinture contiendraient cent soixante gouttes qui seraient ingérées en vingt-six heures quarante minutes, en supposant qu'on débutât par six gouttes, et qu'on continuât ce même nombre de gouttes d'heure en heure ; tandis qu'au contraire, il est formellement prescrit de n'augmenter les gouttes qu'insensiblement, après avoir débuté par une.

Voilà donc déjà un puissant motif d'hésitation pour le praticien qui connaît l'activité toxique de l'acétate de cuivre. Mais à l'hésitation va succéder la résolution de laisser cette arme thérapeutique de côté, lorsqu'en compulsant nos ouvrages classiques et familiers de matière médicale et de pharmacie, on se convaincra que nulle part il n'est question d'une formule de teinture d'acétate de cuivre. Cette préparation est néanmoins possible, puisque ce sel (deuto-acétate de cuivre neutre, cristaux de Vénus) est soluble dans l'alcool (Voy. le Dict. de mat. méd. de Mérat et Delens, t. II, p. 503 ; et le Traité thérapeutique, de MM. Trousseau et Pidoux, t. Ier, p. 417, 3e édition).

Dans les maladies aiguës, la sagacité du médecin est assurément une qualité de premier ordre pour le diriger dans le choix des agents thérapeutiques ; mais il y a aussi à compter largement avec la nature de l'affection, son siége, sa cause, sa gravité, la rapidité de son évolution, la constitution médicale régnante, éléments radicaux qui trop souvent priment et déjouent nos moyens d'intervention. Ici, la guérison, quand elle arrive, peut être attribuée autant et quelquefois plus à la force vitale, conservatrice dans l'état de santé et médicatrice dans l'état morbide, qu'au talent d'observation rehaussé même de l'éclat du tact thérapeutique.

Il n'en est pas tout à fait de même dans les affections chroniques,

où le praticien doit pour ainsi dire payer beaucoup plus de sa personne.

Maladies aiguës, maladies chroniques ne sont point assurément deux essences radicalement différentes; mais, avouons-le, si elles se relient et se confondent par quelques points, quelles divergences ne produisent pas leurs rayons! Sydenham avait bien senti, apprécié et exposé cette vérité dans cet apophthegme célèbre qui renferme en puissance tout un dogme : *Acutos (morbos) dico, qui ut plurimum Deum habent autorem, sicut chronici ipsos nos.*

Ces réflexions qui, à cette place, paraissent peut-être une digression ambitieuse et sans portée, me ramènent cependant à mon sujet, à ce terre-à-terre de la question de la teinture d'acétate de cuivre, et voici comment :

L'été dernier, le nommé Videau, cultivateur aisé, âgé de quarante ans, d'un tempérament sec et nerveux, d'une constitution excellente, habitant Nérigean, localité élevée et saine, vint me consulter dans l'espoir que, plus heureux que les confrères qui m'avaient précédé auprès de lui, je le délivrerais lui et sa mère, septuagénaire, d'une gale qu'ils avaient contractée en donnant des soins à leur âne, porteur de la psore. La source infectieuse ne me sembla point une exagération en me rappelant les travaux de M. Bourguignon (*Bull. de Thérap.*, t. XLVIII, p. 281 et 331), qui prouvent si lumineusement la contagion directe de la gale des animaux à l'homme; mais ce qui me parut d'abord extraordinaire, ce fut l'absence des vésicules psoriques aux endroits d'élection. Ce que Videau appelait sa gale consistait en une démangeaison féroce qui depuis trois ans le tourmentait principalement la nuit. La peau paraissait saine en tous ses points, et le prurit sévissait par tout le corps, excepté à la face. Sa mère, me dit-il, offrait les mêmes phénomènes.

La gale peut exister sans éruption vésiculeuse; l'honorable rédacteur en chef de ce recueil cite (*Bull. de Thérap.*, t. XLIII, p. 561) l'observation d'un pareil exemple pris dans sa clientèle et vérifié par M. Bourguignon, qui découvrit un acarus dans un petit sillon. Dans ce cas, des frictions générales et deux bains firent justice des démangeaisons. Je voulus faire bénéficier mon client Videau de ce même mode de traitement antipsorique; mais il échoua chez lui, ainsi que plusieurs autres. Je songeai au prurigo sans papules, admis par Alibert et M. Devergie. Dans cette affection il n'y a rien d'apparent à la peau, il n'y a qu'une démangeaison insupportable. M. Devergie en a constaté bon nombre d'exemples jusque dans la classe aisée de la société; il cite même un individu qui en souf-

frait depuis trente années (*Bull. de Thérap.*, t. XXXII, p. 104).

Les traitements externes les plus vantés en pareils cas échouèrent chez Videau. Je pensai alors à l'acide arsénieux qui, administré à l'intérieur, calme admirablement l'élément démangeaison des affections cutanées objectives; mon ami, M. le docteur Marchand, de Sainte-Foy, a guéri avec cet acide des prurits idiopathiques de la vulve (Annales de Roulers de 1854, 6me livraison). Par analogie, je le conseillai à Videau, mais sans succès.

L'hypéresthésie dermique de mon client résistait; cette affection, essentiellement chronique, ne devait plus rien attendre de la force vitale médicatrice abandonnée à ses propres instincts conservateurs; il fallait lui fournir un adjuvant ou un excitateur pour lui faire retrouver et exercer sa puissance. C'est alors que je résolus de mettre à profit le médicament vanté par Rademacher contre les démangeaisons insupportables; à cet effet, je copiai sa formule, telle que je l'ai donnée plus haut. Le pharmacien, effrayé de la dose d'acétate de cuivre qu'elle contenait, me renvoya mon ordonnance, assurant en outre qu'il ne connaissait pas de teinture de cette base, assertion que j'ai déjà mise en relief. Je ne m'arrêtai point à cette difficulté, et imitant, quant à l'excipient, la formule que M. Marchand a donnée de l'acide arsénieux, je rédigeai l'ordonnance suivante :

Pr. Deuto-acétate de cuivre cristallisé.....	10 centigrammes.
Eau distillée........................	20 cuillerées à bouche.

Dissolvez avec soin.

A prendre, une cuillerée à bouche, matin et soir, une heure au moins avant les repas. Au bout de trois jours, s'il n'y a ni vomissements, ni coliques, ni diarrhée, prendre une troisième cuillerée à bouche à midi. Chaque cuillerée à bouche contenait 1/10 de grain, ou 5 milligrammes.

Au bout de huit jours, Videau m'accusa du mieux : sa démangeaison était moins vive. Les voies digestives étant restées en parfait état, j'ajoutai 5 centigrammes d'acétate à la solution précédente; et tous les quinze jours, faisant une pareille addition, je pus arriver à 25 centigrammes d'acétate de cuivre, toujours pour le même nombre de vingt cuillerées à bouche, prises : une le matin, une autre à midi et une troisième le soir. A ce terme, chaque cuillerée à bouche de la solution contenait 1/4 de grain, ou environ 12 milligrammes; il en était ingéré 3/4 de grain, ou 36 milligrammes par jour.

Malgré cette dose, qui semble élevée, mais que je n'ai pas dépassée, les voies digestives restèrent toujours silencieuses; les forces

étaient excellentes, le travail des champs put être continué; puis, résultat essentiel, la démangeaison diminua, à ce point que le 8 juillet suivant il n'en était plus question.

La mère de Videau, affectée de la même démangeaison, était simultanément soumise au même médicament; la tolérance et la cure furent identiques chez elle.

Pour éviter toute erreur dans le dosage des cuillerées à bouche, qui n'ont jamais la même capacité, le malade doit apporter chez le pharmacien la cuiller dont il devra se servir pour prendre son remède.

Voici la quantité exacte d'acétate de cuivre que ces deux malades ont prise ensemble :

Du 18 avril au 3 mai..............	0 gr.,10
Du 3 mai au 17 mai...............	0 ,15
Du 17 mai au 1er juin.............	0 ,20
Du 1er juin au 15 juin............	0 ,25
Du 15 juin au 30 juin.............	0 ,25
Du 30 juin au 8 juillet............	0 ,12 50
Total.................	1 gr.,75 50

Par son innocuité et la facilité de son exécution, ma formule se recommande à l'attention des praticiens qui, à bout de ressources, voudraient administrer l'acétate de cuivre dans les maladies où Rademacher et M. Lobach vantent ce sel.

Il est une affection redoutable, le cancer, expression complexe embrassant plusieurs formes anatomiques, où les sels de cuivre, les acétates surtout, ont été préconisés, administrés à l'intérieur. Le verdet est la base des fameuses pilules de Gerbier. Ce médecin a rapporté huit exemples de guérison (Anc. Journ. de méd., t. LIII, 1780). Solier de La Romillais, chargé par la Faculté de médecine de Paris de répéter ces expériences, fit un rapport peu favorable, il est vrai; mais, néanmoins, sur sept malades, il obtint la guérison d'un cancer de la face, et deux autres malades furent soulagés (Mérat et Delens, Dict. univ., t. II, p. 503). Bayle et Cayol (art. *Cancer*, du Dict. des sciences méd.,) pensent que de nouveaux essais devraient être tentés avec ce remède. L'anatomie chirurgicale, aidée ou non du microscope, nous a conduits aujourd'hui à scinder en plusieurs catégories l'expression générique de cancer. Tout le monde connaît les tissus *analogues* et *hétérologues* de Laënnec, auxquels les micrographes ont substitué les épithètes d'*homœomorphes* et *hétéromorphes*, ainsi que les pronostics différents qui s'y attachent. On s'applique plus que jamais à distinguer les tumeurs *bénignes* de celles

que, par opposition, on qualifie de *malignes*. Si ces dernières dominent de trop haut la matière médicale, peut-être que les premières trouveraient dans l'acétate de cuivre une influence salutaire. En dirigeant contre elles l'action de ce sel, on pourrait espérer de ne pas trop s'égarer, puisque, outre l'exemple de Gerbier et de Sollier, on aurait les encouragements de deux brillants esprits, je veux dire les incitations de Bayle et de Cayol. La formule que j'ai préconisée fournissant ici son concours, on est certain de ne pas nuire. Tant que les voies digestives ne sont pas troublées, on augmente la dose du médicament; s'il survient des vomissements, des coliques, de la diarrhée, on la diminue, et, le calme obtenu, on continue la dernière dose ou on l'accroît jusqu'à appréciation de la susceptibilité individuelle. Voilà un *criterium* qu'on ne trouve jamais en défaut.

Je finirai en rappelant que Guersant père rapporte que, dans des cas de *scrofules*, de *rachitis*, observés à l'hôpital de la Pitié, le verdet, donné à l'intérieur, a fait disparaître des nodosités et des tumeurs, mais qu'il avait le grave inconvénient de fatiguer le tube intestinal. J'ai donné les moyens d'y obvier.

L'histoire de l'art est un champ bien plantureux; il est avantageux de le parcourir quelquefois, ne fût-ce que pour se fortifier dans les convictions déjà acquises, en moissonner de nouvelles, et se prémunir contre le vertige que donnent les innovations, trop souvent, hélas! plus brillantes par la forme que solides par le fond. Le médecin qui ne tient pas au passé par des racines vivaces doit peu espérer des fruits de l'avenir.

G. V. Lafargue, D. M.
à Saint-Émilion (Gironde).

BIBLIOGRAPHIE.

1° *Des Anévrismes et de leur traitement*, par M. Paul Broca, agrégé à la Faculté de médecine, chirurgien des hôpitaux, etc. (Ouvrage accompagné de figures intercalées dans le texte.)

2° *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, par M. le docteur Morel, médecin en chef de l'Asile des aliénés de la Seine-Inférieure, etc.

(Ouvrages couronnés par l'Académie des sciences.)

Les monographies, malgré l'influence considérable qu'elles exercent sur la marche de la science, ne font pas fortune en France; aussi la plupart des auteurs qui se laissent entraîner, par un zèle des plus louables, à composer ces sortes d'ouvrages, sont-ils forcés de les publier à leurs frais. Ces livres ont donc un double droit à

l'attention de la critique, et si ce n'avait été notre vif désir de confirmer, par de nouveaux faits, les conclusions formulées par M. Broca, dans son Traité des anévrismes, nous aurions depuis longtemps déjà publié le compte rendu de cet important ouvrage. En venant emprunter aujourd'hui cette appréciation au rapport de la Commission des prix de l'Institut, notre but est moins d'alléger notre tâche, que de montrer aux concurrents qui briguent les récompenses de la savante compagnie, ce que l'Académie entend par *découverte* en médecine. Afin de rendre la démonstration plus complète, nous publions également la partie du rapport qui a trait à l'œuvre nouvelle de M. Morel.

Voici maintenant ces parties du rapport de M. Andral.

Les ouvrages consacrés à l'étude exclusive d'une seule maladie, en d'autres termes les monographies, ont été toujours, de la part de la Commission, l'objet d'un examen sérieux. Ces sortes d'ouvrages, en effet, lorsqu'ils ont été composés suivant un véritable esprit scientifique, sont de ceux qui ont le plus contribué, depuis le commencement de ce siècle, à exercer une influence salutaire sur le développement de la science et sur le perfectionnement de l'art. L'ouvrage de M. Broca sur les anévrismes et sur leur traitement est une excellente monographie de ce genre d'affections. L'auteur y a fait preuve d'une remarquable sagacité dans l'analyse et dans l'appréciation de onze cents faits relatifs aux anévrismes qu'il a trouvés déposés dans les annales de la science, mais dont la plupart restaient ignorés ou stériles par leur dissémination; il a démontré qu'il avait un esprit à la fois critique et investigateur, et qu'il possédait cette érudition vraie qui, loin d'exclure les recherches originales, les appelle et les fortifie. Avec les onze cents faits comptés et pesés par lui, M. Broca a composé une histoire des anévrismes et de leur traitement, dans laquelle il a servi la science, soit en détruisant des erreurs accréditées, soit en produisant des vues et des recherches nouvelles. Parmi celles-ci, nous signalerons surtout à l'Académie celles qu'il a consignées dans le chapitre de son livre qu'il a intitulé : *Physiologie pathologique des anévrismes*. Sous ce titre, M. Broca a étudié tout autrement, et infiniment mieux qu'on ne l'avait fait avant lui, les phénomènes de la circulation anévrismale ; il a cherché comment et pourquoi se forment les caillots qui, en oblitérant le sac, peuvent seuls amener la guérison des anévrismes ; il a cherché surtout à déterminer la nature et les propriétés de ces caillots. Il les distingue en caillots actifs et caillots passifs : les premiers étant formés seulement par de la fibrine, les autres par le sang en nature. C'est ce

qui avait déjà été indiqué par T.-L. Petit; mais ce chirurgien avait vu le fait sans en déduire les conséquences importantes que M. Broca a su en tirer. Il a vu, en effet, que, bien que les uns et les autres pussent produire une oblitération spontanée ou provoquée des artères, les premiers seuls pouvaient amener une guérison certaine et définitive des anévrismes, et que leur formation n'entraînait jamais aucun accident, tandis que les seconds n'amenaient qu'une guérison temporaire, et que de plus ils provoquaient parfois autour d'eux des accidents graves : suppurations, ulcérations, gangrène, hémorrhagies à travers le sac. M. Broca a parfaitement étudié les conditions qui produisent l'un ou l'autre de ces modes de coagulation dans les poches sanguines. Il a prouvé que l'inflammation spontanée des anévrismes et toutes les méthodes qui agissent en provoquant cette inflammation, ainsi que la suppression complète ou presque complète du cours du sang dans un anévrisme, n'y font déposer que des caillots passifs, et qu'au contraire les caillots actifs se forment lorsque la stagnation du sang est moins complète, que le cours du sang est simplement diminué, et qu'un filet de sang, continuant à traverser régulièrement l'anévrisme, s'y dépouille graduellement d'une partie de sa fibrine.

Ces données de physiologie pathologique ne sont pas restées stériles entre les mains de l'auteur ; il s'en est servi, en effet, pour discuter le mode d'action des différentes méthodes de traitement des anévrismes, et spécialement de la ligature et de la compression indirecte. La ligature, suivant l'auteur, est peu sûre, parce qu'elle ne produit dans la plupart des cas que des caillots passifs, avec toutes leurs conséquences. Il résulte des relevés statistiques de l'auteur que la ligature est suivie de nombreux accidents, qu'il étudie avec un soin particulier, et comme on ne l'avait encore fait nulle part ailleurs, sous le rapport de leurs causes, de leur nature, de leur traitement. Par ces mêmes relevés statistiques, il est conduit à donner la préférence à la méthode de la compression indirecte sur celle de la ligature, et il s'en rend compte par le mode d'action de cette méthode qui, dominant le cours du sang sans le supprimer, ne fait déposer que des couches fibrineuses, c'est-à-dire des caillots actifs. M. Broca a le mérite d'avoir rappelé l'attention en France sur cette méthode et d'en avoir fait mieux connaître le mécanisme.

Si nous ne craignions de trop allonger ce rapport, nous citerions un grand nombre de faits et de détails inconnus avant la publication de M. Broca et que ses travaux statistiques lui ont révélés ; ainsi, par exemple, ce fait singulier et imprévu qu'à mesure que

l'homme avance en âge, la disposition aux anévrismes augmente sur les artères sus-diaphragmatiques et diminue sur les artères sous-diaphragmatiques.

Nous citerions encore ses recherches expérimentales sur la galvano-puncture qui l'ont conduit à penser, contre l'opinion reçue, que la coagulation du sang, chez l'individu vivant, se faisait aussi bien au pôle négatif qu'au pôle positif.

Nous mentionnerions aussi un fait des plus intéressants, découvert par M. Broca, savoir : les phénomènes d'hypertrophie qui se produisent dans les parties molles et jusque dans le squelette des membres affectés d'anévrismes artério-veineux.

La Commission veut enfin appeler l'intérêt de l'Académie sur les recherches historiques, qui ne sont pas une des parties les moins importantes du livre de M. Broca, et qui lui ont paru être un modèle en ce genre, tant par l'étendue et la conscience des recherches, que par le talent avec lequel les nombreux documents qu'il a laborieusement rassemblés s'y trouvent discutés et appréciés.

Dans son *Traité des dégénérescences physiques, intellectuelles et morales de l'espèce humaine*, M. Morel s'est attaché à faire ressortir cette vue principale, que, parmi les circonstances qui agissent sur l'homme et le modifient, les unes ne s'opposent ni au maintien de la santé, ni à la perpétuité de l'espèce, tandis qu'il en est d'autres qui entraînent, par leur action plus ou moins prolongée, une dégradation telle, que la vie normale n'est plus possible, et qu'après quelques générations écoulées la reproduction n'a plus lieu. M. Morel s'est proposé pour but, dans son ouvrage, de faire connaître dans leur ensemble les causes diverses de ces dégénérescences, qui sont pour lui des déviations morbides du type normal de l'humanité ; il indique les caractères de chacune d'elles, il en trace une classification, et il montre comment, à mesure que les générations se succèdent, le mal va croissant dans chacune d'elles, jusqu'à ce qu'enfin, plus tôt ou plus tard, en arrive une dernière qui ne peut plus se reproduire ; et ce qu'il y a de bien remarquable, c'est que dans cette série d'individus qui vont se dégradant de plus en plus, la cause de la dégénérescence n'a souvent agi d'une manière directe que sur les individus de la première ou tout au plus de la seconde génération. Ainsi, l'homme qui est tombé dans un état maladif par l'abus des boissons alcooliques donnera souvent naissance à des individus qui ne s'enivreront pas, et qui cependant commenceront à subir dans leur constitution physique, dans leur intelligence, dans leur

moral, une dégradation, qui sera encore plus prononcée chez leurs enfants, et ainsi de suite. Les statistiques prouvent, par exemple, que parmi les aliénés il en est un certain nombre qui ont eu pour ancêtres des ivrognes, etc. C'est ce que M. Morel a pu constater par lui-même dans l'asile d'aliénés dont il est le médecin. Il a pu suivre aussi, dans plusieurs familles de crétins, la dégénération progressive de la race, depuis les chefs où la maladie était peu avancée jusqu'aux descendants à divers degrés, dont les derniers présentaient le type le plus complet de la dégénérescence physique, intellectuelle et morale, avec impossibilité de se propager. Il a représenté, au moyen de planches, plusieurs membres successifs d'une même famille chez lesquels la dégénérescence, croissant ainsi de génération en génération, se traduit d'une manière frappante par l'aspect extérieur des individus.

M. Morel nous paraît être parvenu à prouver, par les faits très-nombreux qu'il a rassemblés et coordonnés, que les dégénérescences de l'espèce humaine doivent leur origine aux modifications qu'ont exercées d'abord sur des individus isolés, puis sur l'espèce, diverses influences dont les unes proviennent du monde extérieur, et dont les autres ont été créées par l'homme lui-même. Parmi ces dernières, l'auteur fait ressortir les effets produits sur l'homme par ses nombreuses industries, par ses différents degrés d'aisance ou de misère, par les conditions diverses dans lesquelles s'exerce son intelligence ou se développe son moral, etc.

Parmi les influences de première sorte, M. Morel en indique de nature très-diverse, dont la part, dans la production des dégénérescences, est prouvée pour les uns, probable pour les autres. Car, nous devons le dire, dans le livre de M. Morel, à côté de questions parfaitement résolues, on en trouve d'autres qui ne sont que posées, et bien des voies de recherches qui ne sont qu'indiquées; mais il faut bien qu'il s'arrête là où les faits lui manquent, et on doit lui savoir gré d'avoir compris et signalé avec intelligence ces nombreux *desiderata* de la science.

Les influences extérieures auxquelles M. Morel attribue le pouvoir de produire les diverses dégénérescences de l'espèce humaine sont surtout les suivantes :

L'air habituellement vicié par des émanations nuisibles : au sein des campagnes, par les marais et leurs analogues ; au sein des villes, par les grandes agglomérations d'habitants et toutes leur conséquences ;

L'alimentation soit exclusive, soit insuffisante, soit chargée de

principes nuisibles, tels que ceux que produisent les diverses altérations des céréales, etc.;

L'abus des boissons alcooliques et celui de l'opium, d'où résultent deux sortes d'intoxications des plus fâcheuses, dont les effets vont s'aggravant de génération en génération.

M. Morel a soin de faire remarquer que plusieurs de ces influences agissent dans bien des cas simultanément, d'où il suit que les effets qu'on observe sont le plus ordinairement complexes.

M. Morel a cru devoir traiter aussi des influences exercées sur l'homme par différents métaux, comme le plomb, le mercure, l'arsenic, le phosphore, bien que les faits n'aient pas encore démontré que les enfants nés des individus devenus malades par ces sortes d'agents éprouvent une détérioration qui fonderait chez eux une dégénérescence de l'espèce.

On voit par tout ce qui précède combien d'intérêt s'attache au sujet que M. Morel a entrepris de traiter; il n'est pas resté au-dessous de sa tâche. Nous ne doutons pas que d'autres travaux, poursuivis dans la direction où il s'est engagé, ne viennent peu à peu combler les lacunes que présente son œuvre, et n'en montrent de plus en plus l'utilité, au double point de vue du progrès de la science et de l'avenir de l'humanité.

Disons, en terminant, que ce livre est une preuve, entre beaucoup d'autres, qu'on ne sert pas seulement la science en y introduisant des faits qu'on ne connaissait pas encore, mais que celui-là sert aussi, qui sait réunir d'une main intelligente les faits que d'autres ont déjà trouvés, pour en tirer des résultats nouveaux. Combien de fois ne voit-on pas alors les faits ainsi rassemblés sous l'empire d'une idée préconçue et comme appelés par elle, acquérir tout à coup une signification qu'on ne leur avait pas soupçonnée, tant qu'ils n'avaient pas été comme illuminés par cette idée, qui, en même temps qu'elle s'en sert pour se démontrer elle-même, inspire de nouvelles recherches; puis celles-ci à leur tour, obéissant à son impulsion, lui découvriront, dans la voie indiquée par elle, les faits qui lui manquent encore et qu'elle a bien souvent prévus.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Porte-plume métallique introduit dans la vessie d'une jeune fille et devenu le noyau d'un calcul. — Taille médiane vagi-

NALE. — FISTULE. — GUÉRISON RAPIDE PAR LA CAUTÉRISATION AU FER ROUGE. — Les corps étrangers introduits dans la vessie sont, chez les jeunes femmes, les causes les plus fréquentes de ces calculs dont le volume devient assez considérable pour réclamer l'intervention de l'art. Les faits de cette sorte sont vulgaires aujourd'hui, et si nous empruntons à la pratique de M. le professeur Bouisson l'observation suivante, c'est moins pour enregistrer un nouveau cas que pour fournir un nouvel exemple de la guérison rapide des fistules vésico-vaginales récentes et de petite dimension par la cautérisation au fer rouge.

Obs. Florence S..., fille naturelle, âgée de dix-huit ans, habitant Limoux, entre à l'hôpital Saint-Eloi de Montpellier, le 14 juillet 1854, pour être débarrassée d'un porte-plume métallique qu'elle s'était introduit dans la vessie un an auparavant. Honteuse de son action, elle n'osa se plaindre et aima mieux souffrir pendant dix mois que de se soumettre à une exploration. Pendant ce temps, elle ressentit dans la vessie de vives douleurs, qui s'exaspéraient à chaque besoin d'uriner, et ce ne fut que deux mois avant son arrivée à Montpellier que, s'étant aperçue que l'urine suintait par le vagin, elle en conçut de la frayeur et déclara l'imprudence qu'elle avait commise. On l'examina d'abord à l'hôpital de Limoux, et on découvrit que la paroi antérieure du vagin était perforée par un bout du corps étranger. Ce corps cylindrique avait subi, par le fait des contractions vésicales, une impulsion qui, faisant porter son extrémité tranchante sur la paroi vésico-vagsnale, l'avait ulcérée ; le bout engagé dans l'ouverture l'avait maintenue béante et avait donné lieu à une fistule. La saillie que le porte-plume faisait dans le vagin avait donné l'idée d'exercer sur lui des tractions avec des pinces ; mais ces manœuvres n'avaient eu pour résultat que l'aplatissement de la portion saillante dans le vagin, tandis que la presque totalité du corps étranger, grossi par une incrustation calcaire hors de proportion avec l'ouverture ulcéreuse de la cloison vésico-vaginale, restait dans la vessie, d'où les plus fortes tractions ne purent l'extraire.

Huit jours après ces tentatives infructueuses, la malade se rendit à l'hôpital de Montpellier, où, après l'avoir examinée attentivement par la vessie, l'urètre et le vagin, au moyen de la sonde, du doigt et du spéculum, M. Bouisson reconnut la disposition indiquée plus haut. La portion saillante du cylindre métallique était longue d'un centimètre et se trouvait aplatie par le fait de la pression qu'elle avait subie pendant les premières tentatives d'extraction. Le niveau de l'ouverture par laquelle le porte-plume pénétrait dans les voies

génitales était un peu au-dessus du col vésical, à cinq centimètres de la vulve. M. Bouisson, convaincu de l'inutilité de nouveaux efforts faits dans la direction de l'ouverture fistuleuse, tenta de dépouiller, à l'aide d'un lithotriteur, le porte-plume de son enveloppe calcaire. N'ayant pu y réussir, il dut se décider à pratiquer le débridement antéro-postérieur de l'ouverture de la cloison vésico-vaginale.

L'extrémité du corps étranger, saillante dans le vagin, étant maintenue en place, M. Bouisson introduit, non sans peine, une sonde cannelée le long de ce corps, de manière à la faire pénétrer du vagin dans la vessie, la cannelure de la sonde étant dirigée en avant et l'ensemble de cet instrument affectant une direction oblique qui laissait son pavillon hors de la vulve, pendant que son bec était dans la vessie. Il introduisit ensuite, par l'urètre, une sonde métallique à laquelle il imprima des mouvements de latéralité, afin de rencontrer la sonde cannelée, et de s'assurer qu'elle était bien entrée dans la vessie. Alors un bistouri fut porté dans le vagin, le long de la cannelure de la sonde, et lorsque sa pointe eut dépassé le bord de l'ouverture ulcéreuse, on ramena le tranchant en avant, de manière à inciser la cloison vésico-vaginale à peu près au niveau du col et de l'extrémité profonde de l'urètre, dans l'étendue de deux centimètres. Ce débridement permit l'extraction immédiate du corps étranger, et la malade, aussitôt soulagée, se livra à une joie explosive.

Le corps extrait consistait en une masse pierreuse, en forme de manchon fusiforme, autour d'un porte-plume métallique. Le cylindre avait 7 centimètres de longueur et 6 millimètres de diamètre ; l'incrustation avait 4 centimètres de longueur et 6 centimètres de circonférence, au point le plus épais. La densité de la partie paraissait plus grande vers le bout qui avait ulcéré la cloison que vers l'extrémité mousse du porte-plume ; son aspect général était mamelonné, grenu, fendillé çà et là, quoique l'adhésion des parcelles calcaires fût assez intime.

L'opération avait été pratiquées ans préparation le jour même de l'entrée de la malade à l'hôpital, et immédiatement après les explorations dont nous avons parlé ; mais les suites n'eurent pas l'importance ordinaire des opérations cystotomiques. Il n'y eut même pas de fièvre, et l'on ne remarqua ni phénomènes notables de réaction, ni aucun dérangement fonctionnel. La malade n'en fut pas moins soumise au régime des opérés et garda pendant quinze jours la position horizontale.

Les urines qui s'étaient écoulées exclusivement par la plaie, dans les huit premiers jours, purent être gardées en grande partie et être

à vis et une plaque de contre-pression pour comprimer la carotide droite, entre la tumeur et les capillaires. Le malade maniait lui-même cet appareil, avec lequel il se comprimait la carotide, environ huit heures par jour. Au bout de quelques jours, la tumeur était moins grosse, moins pulsatile, moins réductible; sa partie supérieure, qui était d'abord très-molle, était devenue ferme et ne battait plus que très faiblement. Le 4 janvier 1844, la tumeur fut moulée en plâtre; elle était réduite de trois quarts de pouce; les pulsations y étaient à peine perceptibles. Le 24 décembre, elle était deux fois moins grosse qu'au mois de janvier précédent, ainsi qu'on s'en assura en comparant les moules. Tous les symptômes s'étaient amendés d'une manière étonnante. Le malade, se croyant guéri, ne prit aucune précaution. Il était presque toujours ivre, battait sa femme, etc. Au mois d'avril, il survint de la toux et de la douleur, mais la tumeur ne s'accrut pas. Au mois de juillet, le malade mourut subitement. A l'autopsie, on trouva que la tumeur occupait à la fois le tronc de l'innominée et un peu la crosse de l'aorte; sa partie supérieure ou cervicale était remplie de caillots fibrineux; sa partie intra-thoracique, grosse comme une noix de coco, renfermait quelques caillots mous, probablement cadavériques, et s'était rompue dans la plèvre droite.

On voit que, dans les deux cas, la compression périphérique a eu pour résultat de faire rétrograder l'anévrisme et d'améliorer la position des malades; mais ce changement avantageux n'a pas empêché la tumeur de s'accroître du côté de la poitrine.

A part ces deux faits, la méthode de Vernet n'a encore fourni aucun résultat avantageux; dans la plupart des autres cas l'arrêt brusque de la circulation a amené l'amincissement du sac anévrismal et sa rupture. On a pu lire dans la première observation qu'un instant on a pu craindre de voir survenir cet accident redoutable. Aussi, afin de prévenir toute crainte à cet égard, M. Broca a donné le conseil de débuter toujours par n'exercer qu'une compression incomplète, partielle, en y joignant une demi-diète, quelques saignées et l'emploi de la digitale à l'intérieur. (*The Lancett*, janv. 1858.)

Cataracte. *Modification au procédé d'extraction par une incision linéaire de la cornée.* Dans le procédé classique, l'incision de la cornée est toujours pratiquée suivant une ligne courbe; cette direction donne, en effet, la plus large ouverture et permet d'extraire les cataractes, qu'elles soient dures ou molles. Comme il importe en médecine opératoire de limiter, autant que possible, l'action traumatique, on a dû réfléchir que, dans les cas où la cataracte était fluide, on pouvait se borner à pratiquer une section verticale, afin de limiter davantage la réaction inflammatoire et d'assurer une prompte réunion de la plaie; aussi cette pratique est-elle recommandée par de savants ophthalmologistes : Jaeger et de Graefe. Le travail que publie M. Spérino n'a pas seulement pour but d'appeler l'attention sur ce procédé par des faits tirés de sa pratique, mais encore d'y ajouter une modification au manuel opératoire adopté par MM. Jaeger et de Graefe. M. Spérino, afin de mettre plus sûrement ses malades à l'abri de toute formation de cataractes secondaires, insiste sur l'utilité d'inciser la capsule cristalline, dans le même temps et avec le même couteau qui a servi à diviser la cornée. Le motif d'après lequel M. Spérino rejette le second temps des ophthalmologistes allemands est basé sur la crainte que la section secondaire du feuillet de la capsule ne soit pas assez ample et que les tiraillements et pressions que la membrane aura à subir ne fassent perdre aux malades une grande partie des bénéfices de ce procédé. (*Giorn. d'oftalmologia*, janvier 1858.)

Cautérisation *comme moyen curatif des accidents qui surviennent à la suite des piqûres anatomiques.* Il ne se passe pas d'année que le corps médical ne soit affligé par la nouvelle de la mort de quelques-uns des siens à la suite d'une piqûre anatomique. Et cependant, malgré la fréquence de ces funestes résultats, on en est encore à tâtonner et à chercher des moyens à opposer à un aussi terrible accident. La plupart des auteurs conseillent de traiter les accidents inflammatoires spécifiques qui s'emparent alors des vaisseaux, par la méthode antiphlogistique (application de cataplasmes émollients, de sangsues), et, suivant la période plus ou moins avancée de la maladie, par les frictions mercurielles associées à un traitement contre-stimulant ou tonique. Quelques-uns ont recours aux dérivatifs sur le tube intestinal et aux révulsifs cutanés; d'autres préconisent les lotions chlorurées. Quelques-uns

de ces moyens peuvent trouver leur utile application dans les cas où l'inflammation a une tendance à se localiser dans le lieu où elle a débuté, mais ils sont en général insuffisants lorsque le mal, revêtant un caractère putride, tend à se propager au sein de l'économie.

Le plus sûr moyen de conjurer le mal en pareil cas, suivant M. le docteur Philipeaux, est la cautérisation préconisée par M. le professeur Bonnet. Cette pratique est devenue depuis quelques années la règle de conduite des chirurgiens à l'Hôtel-Dieu de Lyon. Voici la relation de l'un des cas dans lesquels M. Philipeaux a constaté par lui-même toute l'efficacité de la cautérisation destructive.

Au mois de janvier 1841, M. Eugène B..., alors interne des hôpitaux de Lyon, se fit, en disséquant, une légère piqûre à la paume de la main droite ; le lendemain, des douleurs assez vives se firent sentir dans la main. Le troisième jour un petit abcès s'était formé dans le lieu de la piqûre. La main, l'avant-bras et le bras étaient légèrement tuméfiés ; des lignes rougeâtres et douloureuses s'étendaient le long de la face antérieure de l'avant-bras et de la partie interne du bras, jusqu'au creux de l'aisselle ; les ganglions lymphatiques de cette partie commençaient à s'engorger ; du reste, la santé générale n'était pas notablement altérée, et le malade pouvait se lever. Craignant toutefois que les accidents ne prissent plus de gravité, M. Bonnet pratiqua avec un fer rouge pointu la cautérisation profonde du lieu de la piqûre et la cautérisation transcurrente sur les lignes rouges de l'avant-bras et de la partie interne du bras. Aucun autre traitement ne fut employé. Quelques instants après la cautérisation, les douleurs, très-vives auparavant, se dissipèrent presque entièrement. Le lendemain elles avaient cessé, et le deuxième jour le gonflement de la main et de l'avant-bras n'existait plus ; la maladie était réduite à une légère brûlure, qui guérit promptement.

Dans trois autres cas que rapporte M. Philipeaux, et qui ne sont que la répétition à peu de chose près du précédent, la cautérisation pratiquée de la même manière a amené la cessation complète et presque immédiate des accidents locaux et généraux qu'avaient produits des piqûres plus ou moins graves.

C'est là un moyen dont on ne saurait trop préconiser et vulgariser l'emploi. (*Gazette des Hôpitaux*, février 1858.)

Chloroforme. *Son emploi contre les vomissements chez les phthisiques*. En médecine on n'a pas seulement à combattre l'affection principale, il faut encore triompher des accidents qui la viennent compliquer, et souvent dans le traitement de certaines maladies chroniques, notre rôle se borne à atteindre ce dernier but. C'est sur une de ces médications secondaires que M. Baron vient appeler notre attention. — 12 à 15 gouttes de chloroforme dans un julep gommeux de 120 grammes, à prendre en vingt-quatre heures, suffisent pour suspendre les vomissements qui accompagnent si fréquemment la toux chez les phthisiques. 10 ou 8 gouttes, 6 même, ont suffi dans certains cas ; mais cette dernière dose ne fait quelquefois que diminuer la fréquence de ce symptôme si pénible. L'addition du chloroforme au julep enlève à la potion un peu de sa saveur habituelle. Cette modification ne va pas toutefois jusqu'à provoquer la toux lors de son ingestion. S'il en était autrement, on substituerait les perles de chloroforme à la potion chloroformée. Les bons effets que M. Baron a obtenus chez les phthisiques l'ont engagé à poursuivre son expérimentation contre les vomissements dans la coqueluche et la grossesse, et ses premiers essais le portent à croire à son efficacité dans le premier cas. M. Baron termine sa note en disant qu'il se propose d'essayer l'éther dans les mêmes circonstances. Les résultats que ce médecin a obtenus ne nous surprennent nullement ; nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'enregistrer les bons effets de l'emploi des agents anesthésiques dans des cas de vomissements chroniques et opiniâtres. (*Gaz. méd.*, février 1858.)

Hypophosphites de soude et de chaux. *Leur inefficacité dans le traitement de la phthisie pulmonaire*. Dans le courant de l'année dernière, un médecin américain, le docteur Churchill, est venu appeler l'attention du corps médical de notre pays sur les effets merveilleux de ces nouveaux sels dans le traitement de la phthisie. Les résultats complétement négatifs fournis par les premiers essais tentés avec ces prétendus spécifiques dans le service de M. le professeur Trousseau, nous ont engagé à passer

sous silence la communication faite par notre confrère à l'Académie des sciences. Si peu que vaillent les médications employées par la pratique courante, elles fournissent des résultats bien supérieurs à ceux dont nous étions témoin avec les hypophosphites et nous nous serions reproché d'engager nos lecteurs à abandonner les données de l'expérience, en face de cette grave maladie. Toutefois, notre silence ne devait être que temporaire et nous attendions la fin des essais tentés dans plusieurs cliniques de nos hôpitaux pour signaler l'inefficacité de ces agents nouveaux qu'un zèle, louable sans doute, mais trop pressé de conclure, avait présentés comme une ressource infaillible. Le passage suivant d'une revue médicale rédigée par M. Vigla vient prouver qu'il n'a pas été plus heureux que M. Trousseau. « Vingt malades ont été soumis par nous au traitement sans que nous ayons obtenu la moindre amélioration dans leur état. Les sels que nous avons employés nous ont été généreusement fournis pour l'expérimentation par M. Berthé, et ils avaient été préparés par la maison Ménier pour nos malades de la maison de santé. Deux malades de la ville que j'ai soumis à ce traitement, l'un pendant plusieurs mois d'une phthisie chronique et l'autre d'une phthisie aiguë, s'étaient pourvus de ce médicament à la pharmacie Robiquet. Il ne peut donc y avoir équivoque sur la qualité et la nature du produit employé par moi. Je me suis de plus assuré que le médicament avait été pris exactement. Quant aux malades, je n'ai pas choisi, j'ai pris tous ceux qui sont entrés depuis le commencement de mes recherches, à la seule condition que la nature de la maladie fût constatée d'une manière certaine par la perception des signes physiques tirés de la percussion et de l'auscultation, seule base d'un diagnostic incontestable. Des notes ont été prises sur tous ces malades. Que dire encore? L'enquête sur les effets physiologiques et thérapeutiques a été faite avec le plus grand soin, en présence des élèves du service, initiés au but de ces recherches. Et tout cela pour établir que pas un des malades n'a obtenu d'amélioration dans l'ensemble de son état, ou même de soulagement dans l'un des symptômes si variés qui rendent, contre l'opinion vulgaire, cette maladie ordinairement douloureuse. Ainsi rien, absolument rien! Toux, expectoration, douleurs thoraciques, fièvre hectique, vomissements, diarrhée, amaigrissement, insomnie, l'hypophosphite de soude ou de chaux a été impuissant pour modifier un seul de ces symptômes. » On comprend qu'en présence d'un résultat aussi complètement négatif, M. Vigla termine sa note en disant qu'il se trouve suffisamment éclairé et plus qu'autorisé à ne pas continuer l'expérience. En ajoutant que la même inefficacité de l'emploi du nouveau médicament a été constatée par M. Trousseau, nous pouvons dire : Encore une illusion détruite! (*Journal de pharmacie*, février 1858.)

Luxations *des vertèbres de la région cervicale* (*Nouveau procédé pour la guérison des*). Tout le monde sait combien sont chanceuses et entourées de péril les manœuvres de réduction des luxations des vertèbres cervicales : un mouvement brusque, une extension forcée peuvent suffire pour amener instantanément la mort. En présence d'une situation aussi grave, M. le docteur Missoux (de Fournols) a eu recours à une très-habile et très-prudente manœuvre, qui a été couronnée d'un plein succès. On en lira les détails avec intérêt :

Une petite fille de neuf ans, placée sur le derrière d'un tombereau à bascule, se balançait pendant qu'un petit garçon, à cheval sur le timon, faisait contre-poids. Ce dernier ayant quitté brusquement sa place, la petite fille tomba, de telle sorte que le corps entier fit sur le cou un mouvement de culbute qui ne fut pas suivi en totalité par la tête. M. Missoux, appelé auprès de la petite malade, la trouva la tête renversée en arrière, la face tournée vers le ciel et le menton porté en haut. Il existait une saillie considérable à la partie antérieure du cou et une dépression profonde à la partie postérieure, au-dessus de la septième vertèbre cervicale, dont l'apophyse épineuse était très-saillante, enfin paralysie générale de toutes les parties inférieures, accompagnée de gêne extrême dans la respiration.

Cet ensemble de symptômes d'une part et, de l'autre, l'absence de crépitation, avec immobilité de la tête fortement renversée en arrière et paraissant invariablement fixée dans sa nouvelle position, firent penser à M. Missoux qu'il y avait une luxation de la sixième vertèbre sur la septième. La tête, directement renversée en ar-

rière et n'inclinant d'aucun côté, son immobilité complète, étaient autant de circonstances indiquant que la luxation était constituée par le déplacement des deux apophyses articulaires.

En présence de cet accident généralement regardé comme mortel, M. Missoux fit le raisonnement suivant : la contraction musculaire et la tension des ligaments sont les principaux obstacles à la réduction ; ramener la tête à sa rectitude naturelle, en opérant une extension forcée, peut amener la mort ; il vaut mieux obtenir le redressement sans violence, d'une manière lente et insensible, fatiguer les muscles et les ligaments postérieurs par une puissance constante et permanente, en agissant en sens inverse des forces qui ont produit cette double luxation.

L'enfant fut alors placée sur une large planche ; une pièce de bois carrée assez élevée servait d'oreiller : le tout fut recouvert d'une enveloppe contenant de la balle d'avoine. La petite malade y fut installée avec précaution, couchée sur le dos, l'occiput portant sur le chevet dur et élevé dont il vient d'être parlé. Dans cette position, il n'y avait que le bassin et la tête qui dussent porter ; la partie supérieure du tronc et les épaules, qui ne touchaient à rien, devaient, par leur pesanteur, tendre et redresser le cou, en allongeant les muscles et les ligaments, tandis que la résistance sous l'occiput ramenait peu à peu la tête en place.

Bientôt la prévision de notre confrère se réalisa et fut couronnée du plus heureux succès : la tête commença à remonter et les lignes de compression disparaissaient insensiblement, si bien qu'après une heure et demie la tête était revenue sans aucun accident à sa rectitude naturelle, et que la sensibilité, la vue, la parole, le mouvement étaient restitués à l'enfant, qui ne se plaignit plus que d'un fourmillement général.

Les soins consécutifs se sont bornés à tenir la malade couchée pendant un mois. En 1844, cette fille, qui avait alors vingt-trois ans, se portait à merveille et n'a conservé de ce grave accident qu'un certain craquement dans la région cervicale lorsqu'elle place un fardeau sur sa tête. (*Gaz. des hôp.*, février 1858.)

Rhumatisme noueux (*Bons effets de la teinture d'iode dans un cas de*). Le traitement préconisé par M. Lasègue dans cette forme de rhumatisme chronique paraîtrait avoir échoué, dans un assez grand nombre de cas, entre les mains de plusieurs médecins des hôpitaux et de la ville. A quoi peut tenir cette différence des résultats obtenus ? Dépend-elle de ce que la médication aurait été appliquée à des cas non absolument identiques à ceux observés par son auteur, ou de quelque autre condition inhérente à la maladie ou aux sujets qui s'en trouvaient atteints, telles que l'ancienneté du début, les circonstances étiologiques, le tempérament, la constitution des malades, d'autres diathèses coexistantes ?... Il y a là une inconnue qu'il appartient à l'expérimentation et à l'observation cliniques de dégager. Quoi qu'il en soit, et en attendant la solution de ce problème, le fait suivant vient à l'appui des conclusions du mémoire de M. Lasègue.

Il s'agit d'une femme de quarante-sept ans, d'un tempérament lymphatique et d'une constitution délicate, atteinte depuis deux ans d'une affection rhumatismale non fébrile qui avait parcouru toutes les articulations des membres ; les douleurs, d'abord calmées par des applications de sangsues et de vésicatoires, étaient revenues ensuite et avaient résisté au colchique, à l'iodure de potassium, aux bains sulfureux et aux bains de vapeur. Entrée le 22 septembre dernier dans une des salles de service de M. H. Gintrac, la patiente présentait une déformation remarquable des articulations des genoux et des coudes, de celle des doigts et des orteils ; ces dernières étaient noueuses, sans bosselures irrégulières, comme dans la goutte, mais obrondes et développées d'une manière à peu près uniforme ; les mouvements, surtout ceux de flexion, étaient très-pénibles ; il n'y avait ni chaleur, ni rougeur, ni fièvre ; rien au cœur ; les fonctions digestives étaient en bon état. La teinture d'iode fut administrée dès le début du traitement, d'abord à la dose de 10 gouttes par jour, puis portée plus haut progressivement, jusqu'à 2 grammes quotidiennement, depuis le 15 jusqu'au 30 octobre. Dès la première semaine, il se manifesta du mieux, et l'amélioration alla ensuite croissant ; la douleur fut calmée, le gonflement diminua, les jointures perdirent leur roideur, les mouvements purent s'exécuter sans grande difficulté, les mains furent dégagées et les doigts récupérèrent un certain degré de mobilité. Le 2 novembre, la malade, éprouvant une grande amélioration,

quitta l'hôpital. — Le médicament, il faut le remarquer, fut administré uniquement au moment du repas, suivant le conseil de M. Lasègue, qui a observé que la teinture d'iode, de même que les ferrugineux, est difficilement tolérée par l'estomac à l'état de vacuité, tandis que, prise avec les aliments, elle est plutôt un stimulant digestif, et est exempte de tout inconvénient, même à forte dose. (*Journ. de méd. de Bordeaux*, janvier 1858.)

Tétanos *des nouveau-nés* (*Essence de térébenthine dans le*). L'essence de térébenthine a été recommandée dans le traitement du tétanos par les docteurs Mots, Hutchison et autres ; mais nous avons tout lieu de croire qu'elle a été au moins très-rarement employée en France contre cette maladie. Voici un cas où l'honneur de la guérison est rapporté à ce médicament par le médecin qui l'a observé et qui en relate l'histoire. Il s'agit d'un *trismus nascentium* ou trismus, tétanos des nouveau-nés, affection si rare en France qu'elle a été passée sous silence par plusieurs auteurs de traités spéciaux des maladies de l'enfance, mais qui s'observe assez souvent dans d'autres contrées de l'Europe, assez souvent aussi en Algérie, à ce qu'il paraît, mais principalement en Amérique, où elle attaque surtout les petits nègres.

Le docteur Byrd, appelé à donner des soins à un enfant nègre, âgé de huit jours, qui était atteint de cette maladie convulsive, eut recours à l'essence de térébenthine, dont il prescrivit cinq gouttes toutes les deux heures dans une cuillerée à thé de décoction de graine de lin. Cette dose, continuée le deuxième et le troisième jour, fut ensuite portée à huit gouttes également toutes les deux heures, puis réduite à six gouttes le dixième jour, en raison d'une amélioration si considérable que l'enfant paraissait hors de danger. Mais le lendemain, le médecin fut rappelé en toute hâte, le petit malade étant en proie pour la seconde fois en une heure à un violent accès d'opisthotonos et ne pouvant rien avaler. Un lavement de graine de lin fut administré avec quarante gouttes d'huile de térébenthine, et, dès que la déglutition fut possible, on lui fit prendre dix gouttes du remède par la bouche ; les spasmes diminuèrent le lendemain, et, dès ce moment, ils allèrent s'affaiblissant sous l'influence de cette dernière dose continuée, pour cesser tout à fait vers le vingtième jour.

Quand on se rappelle la gravité de cette affection des nouveau-nés, gravité constatée par M. Byrd lui-même, qui dit avoir vu trente cas de ce genre, tous terminés fatalement ; quand on pense à l'inefficacité ordinaire des moyens qu'on dirige contre elle, on est disposé à attribuer, avec le médecin américain, la guérison à l'action de la térébenthine, dans l'exemple qui vient d'être analysé. Mais il est une circonstance qui tend à jeter du doute sur la valeur de ce moyen de traitement, c'est que, concurremment avec le remède en question, d'autres agents ont été employés : l'élixir parégorique, l'esprit de nitre dulcifié, les purgatifs, le sulfate de quinine, et deux douches froides par jour, pendant la dernière huitaine du traitement. (*Charleston med. Journ. and Rev.*, et *Journ. de méd. de Bordeaux*, janvier 1858.)

Troubles *sérieux de la respiration dissipés par des moyens simples.* Plusieurs malades, placés dans le service de M. Trousseau à l'Hôtel-Dieu, ont présenté des troubles divers des fonctions respiratoires qui ont cédé à des médications simples qu'il nous paraît utile de porter à la connaissance de nos lecteurs. Voici le résumé succinct de ces quelques observations :

Un jeune homme de vingt-deux ans, atteint d'une fièvre typhoïde, avait déjà eu dans le cours de cette affection une extinction de voix. Arrivé au quarantième jour, il fut pris de nouveau d'accidents qui faisaient supposer des altérations graves du larynx. L'examen, au moyen de l'abaisse-langue, fit reconnaître, en effet, l'existence d'une rougeur vive et d'une tuméfaction notable de l'épiglotte. M. Trousseau se préparait à pratiquer la trachéotomie. Cependant, avant d'en venir à ce moyen extrême, il prescrivit une large insufflation, dans l'arrière-gorge, d'une poudre composée de tannin et d'alun, répétée deux fois par jour. Dès le lendemain, la respiration était plus libre, et cette grave complication disparut.

Un homme de cinquante-neuf ans, atteint d'une bronchite chronique compliquée d'accès d'emphysème diurnes, était en proie à une oppression extrême. A la suite d'un rhume de cerveau, contracté peu de jours auparavant, une attaque d'asthme était venue se greffer sur tout cela. M. Trousseau, s'attaquant d'abord à cette complication,

prescrivit de fumer trois fois par jour un mélange de deux parties de feuilles de datura et d'une partie de feuilles sèches de sauge ; infusion de badiane pour tisane; prendre, de deux en deux heures, une cuillerée à bouche d'une potion composée avec 1 gramme de gomme ammoniaque et 15 gouttes de teinture de belladone, dissous dans un julep du codex. Le lendemain, la respiration était facile. Cette médication fut continuée pendant trois jours; après quoi on la cessa, pour faire place à la médication de la bronchite chronique.

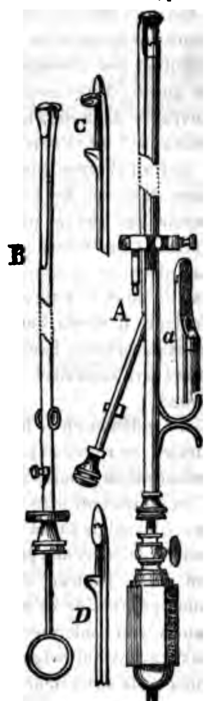
Un jeune homme de vingt-huit ans, tuberculeux, était en proie à des accès de suffocation qui rendaient la mort imminente et qui étaient dus à un asthme nerveux compliquant la maladie. L'asthme fut d'abord combattu au moyen du datura employé en guise de tabac; puis on s'adressa au catarrhe pulmonaire. La sécrétion bronchique a été modifiée par le sirop de térébenthine, et l'expectoration favorisée par une potion composée comme il suit : racine de polygala seneca, 4 grammes; eau bouillante, 100 grammes. Passez et ajoutez : oxymel scillitique, 15 grammes, et sirop d'éther, 25 grammes. Sous l'influence de ce traitement, le malade finit par retrouver un état de bien-être relatif. (*Journ. de méd. et de chirurg. pratique* et *Un. médicale,* janvier 1858.)

VARIÉTÉS.

ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL.

Brise-pierre urétral.

L'attention des chirurgiens ayant été appelée dans ces derniers temps sur les brise-pierres urétraux, M. Charrière père vient d'écrire à l'Académie pour rappeler un instrument qu'il a fabriqué en 1832 pour M. le docteur Dubowisky, président de l'Académie impériale de médecine de Saint-Pétersbourg, instrument représenté pl. 54, fig. 60 du grand ouvrage de MM. Bourgery et Jacob. Il se compose d'une curette articulée, munie d'une coulisse, dans laquelle glisse une canule, à la manière de la branche mâle des brise-pierres. Dans cette canule glisse une tige d'acier arrondie par un bout et terminée de l'autre par une fraise. Une fois la curette engagée derrière le calcul, on fait saillir la partie articulée ; puis, avec la tige contenue dans la canule, on maintient le calcul fixé, de telle sorte qu'on peut le diviser par la pression ; si la percussion est nécessaire à la fragmentation du calcul, on retient la tige métallique ; le corps étranger est maintenu entre l'extrémité de la curette et l'extrémité de la canule, qui est en acier fraisé, et on frappe sur l'autre extrémité qui est également en acier.



Enfin, si on veut détruire le fragment par l'usure, on retourne la tige métallique et on présente au calcul son extrémité fraisée, et il suffit de tourner la tige dans la canule pour obtenir l'usure du calcul sans fatiguer l'articulation de la curette.

L'instrument peut être introduit de deux manières : 1° on engage la curette, puis on fait glisser toutes les parties qui constituent comme la branche mâle de ce nouveau brise-pierre ; 2° si l'urètre est suffisamment

large, il est préférable d'introduire l'instrument tout entier, et il ne faut pas craindre que les saillies mettent obstacle à son introduction, puisque la tige métallique est arrondie et qu'on peut toujours la disposer de telle sorte que toutes les parties ne forment qu'un plan à bords mousses avec l'extrémité de la curette, ainsi qu'on le voit sur la figure *a*.

M. Charrière père présente en outre à la savante Compagnie un instrument de lithotritie urétrale récemment imaginé par son fils.

Lorsque l'on exerce une pression sur l'extrémité de la curette, tout l'effet est supporté par la charnière et le stylet, de sorte qu'on a toujours à craindre que l'instrument ne vienne à se briser. Pour éviter toute espèce d'accidents, mon fils, dit M. Charrière, a articulé la curette en sens inverse, de sorte que quand elle est redressée et qu'elle a à supporter la pression ou la percussion, elle trouve un point d'appui solide sur les deux saillies qui se trouvent de chaque côté de l'articulation.

L'instrument est terminé par un bec fixe arrondi pour faciliter l'introduction (C et D).

Cette disposition, appliquée à l'instrument de M. Mirault (d'Angers), le rend beaucoup plus puissant et plus solide, puisque ainsi les deux curettes trouvent au dehors de leur charnière un point d'appui extrêmement solide.

L'Académie des sciences est appelée, chaque année, conformément au testament de feu de Montyon, à décerner un certain nombre de prix aux auteurs des *ouvrages* ou *découvertes* qui sont jugés les plus utiles à l'art de guérir et à ceux qui auront trouvé les *moyens* de rendre un art ou un métier moins insalubre. — Jusqu'ici la savante Compagnie s'était montrée très-large dans la distribution des récompenses qu'elle accordait aux travaux ayant pour but l'ar de guérir. Après avoir été trop large, peut-être, dans la part qu'elle faisait aux ouvrages de médecine, l'Académie ne tend-elle pas à devenir trop parcimonieuse? *In vitium ducit culpæ fuga.*

Outre l'absence complète de tout encouragement donné cette année, nous lisons dans son dernier programme : « L'Académie a jugé nécessaire de faire remarquer que les prix dont il s'agit ont expressément pour objet des découvertes et inventions propres à perfectionner la médecine, ou la chirurgie… — Les pièces au concours n'auront droit aux prix qu'autant qu'elles contiendront une *découverte parfaitement déterminée*. — Si la pièce a été produite par l'auteur, il devra indiquer la partie de son ouvrage où cette découverte se trouve exprimée. Dans tous les cas, la Commission chargée de l'examen du concours fera connaître que c'est à la découverte dont il s'agit que le prix est donné. »

L'Académie, en se bornant à récompenser exclusivement les découvertes médicales, ne resterait pas fidèle aux vues du fondateur de ce prix, puisque dans le testament du généreux philanthrope se trouvent les mots *ouvrages* et *découvertes*. L'on est souvent plus utile, surtout dans l'art de guérir, en abordant l'étude des procédés suivis par la nature dans la guérison des maladies et s'en servant ensuite comme de *critérium* pour juger la valeur des méthodes thérapeutiques employées. Du reste, l'extrait du rapport que nous avons inséré à cette intention à la bibliographie de ce numéro (p. 175), montreront dans quelles limites l'Académie entend renfermer son programme, et nous ne saurions la blâmer d'exiger des travaux qui briguent ses récompenses la preuve qu'ils ont rendu des services réels aux sciences médicales.

Une Société savante peut-elle, sans manquer à son programme, autoriser sa Commission des prix à prendre connaissance du nom de l'auteur de l'un des Mémoires adressés au concours, afin de réclamer de cet auteur des éclaircissements ?

Cette question s'est présentée quelquefois dans les diverses Sociétés dont nous faisons partie, et nous l'avons toujours vue tranchée par la négative. Le passage suivant du programme publié par l'Académie des sciences montre qu'elle peut être jugée autrement et qu'exceptionnellement la Société peut donner cette autorisation. On lit, en effet, dans le rapport sur le concours du grand prix des sciences physiques : « La Commission avait reçu en temps utile trois Mémoires ou plutôt trois ouvrages considérables sur cette question aussi importante que difficile à traiter. Tout d'abord elle avait pu reconnaître un mérite supérieur dans les travaux inscrits sous les numéros 2 et 3. Toutefois, des éclaircissements lui parurent nécessaires pour asseoir un jugement plus sérieusement motivé. L'Académie se rappelle sans doute comment ses commissaires furent exceptionnellement autorisés à prendre connaissance des noms des auteurs et à leur écrire pour obtenir ces éclaircissements. Nous sommes heureux de dire sur-le-champ que cette mesure, prise en dehors des règles ordinaires, a eu le résultat que nous attendions et que des renseignements plus précis, des additions importantes aux Mémoires primitifs, ont été envoyés par les auteurs. »

Nous avons cru utile de publier ce précédent, qui emprunte une grande valeur à l'autorité de l'illustre Compagnie qui le crée.

Nous avons promis, dans notre dernier numéro, de publier l'arrêt de la Cour de cassation qui consacre le droit du médecin à des honoraires, dans les cas où il a été requis par l'autorité municipale, pour donner des soins à la population dans une épidémie. Voici le texte de cet arrêt que nous empruntons au Moniteur des hôpitaux :

« Attendu qu'il résulte des faits constatés par le jugement attaqué, qu'Eugène Andreux, requis par le maire de Bar-le-Duc de donner ses secours aux malades atteints du choléra, dans la circonscription à lui assignée, a obtempéré à cette réquisition ;

« Qu'il devait dès lors, et par cela seul, recevoir un salaire pour les soins par lui donnés ;

« Que nul ne peut être tenu, en l'absence de toute disposition de la loi, de faire gratuitement le sacrifice de son temps, de son travail ou de son industrie, même à l'intérêt public ou communal ;

« Qu'aucune disposition de la loi n'a exigé ce sacrifice dans le cas de calamités publiques ;

« Que l'appel fait à tout individu exerçant une profession salariée, pour obtenir de lui un acte de cette profession, suppose nécessairement et implique la promesse et l'obligation de lui en payer le salaire;

« Que, dans les faits de la cause, le maire de Bar-le-Duc, agissant en vertu de la loi du 16-24 août 1790, pour arrêter dans ses progrès un fléau calamiteux répandu dans la commune confiée à son administration, exerçait l'un des pouvoirs attribués par cette loi à l'autorité municipale;

« Qu'avant tout, et indépendamment de l'influence utile que les mesures par lui prises pouvaient avoir dans l'intérêt général, ces mesures avaient pour but l'intérêt de la ville de Bar et la conservation de ses habitants;

« D'où il suit que la dépense à faire pour leur accomplissement et pour le payement des salaires et indemnités auxquels elles pourraient donner lieu, était éminemment une dépense communale et devait être à la charge de la ville;

« Et attendu que le jugement attaqué a décidé, au contraire, qu'il n'était dû aucune indemnité à Eugène Andreux, pour les secours par lui donnés, comme médecin, sur la réquisition du maire de Bar-le-Duc, aux malades atteints par le choléra;

« Qu'en jugeant ainsi, il a violé l'article précité du Code Napoléon, la Cour casse. »

Circulaire du ministre de la guerre concernant les revaccinations dans l'armée.

Depuis la mise en vigueur des dispositions prescrites par la note ministérielle du 30 juin 1848, concernant la vaccination des jeunes soldats et des militaires non vaccinés, le chiffre des varioleux a sensiblement diminué dans l'armée, et la variole elle-même y a généralement perdu de sa gravité.

Mais si, grâce à la ponctuelle exécution de ces mesures, il est resté démontré que les sujets vaccinés sont à l'abri de la variole spontanée et n'ont presque rien à redouter de la transmission des varioles sporadiques, on a eu lieu, cependant, de remarquer qu'en temps d'épidémie cette première vaccine n'a pas toujours été un préservatif suffisant; et, d'autre part, on constate, aujourd'hui, que les faits sur lesquels se fonde la nécessité des revaccinations deviennent de plus en plus nombreux.

Cette opération, pratiquée comme moyen prophylactique, dans plusieurs épidémies de variole, a été suivie des résultats les plus favorables, et l'on doit conclure des succès déjà obtenus que les individus qui se sont montrés sensibles à une nouvelle vaccine l'auraient été également à l'influence épidémique de la variole.

D'après ces considérations, et sur l'avis du Conseil de santé des armées consulté, j'ai décidé qu'à l'avenir la revaccination serait pratiquée dans toute l'armée.

Afin d'obtenir de l'application de cette mesure tous les avantages possibles, et pour entourer l'opération de toutes les garanties désirables, j'ai arrêté que MM. les généraux de division et les intendants militaires porteraient à la connaissance des chefs de corps et des médecins des hôpitaux militaires, des salles militaires des hôpitaux civils, et des corps de troupe, les dispositions suivantes :

1° Tous les jeunes soldats arrivant au corps, soit en contingent, soit isolément, et à quelque titre que ce soit, devront, avant d'être soumis aux exercices ou assujettis à aucune espèce de service, être mis à la disposition du médecin pour être vaccinés, qu'il existe ou non chez eux des traces de vaccine;

2° Pour les corps qui sont en Afrique ou en Italie, et dont le service de santé, au dépôt, se trouve confié à un médecin civil, l'opération sera dirigée, autant que possible, par un médecin délégué à cet effet;

3° Quant aux militaires actuellement sous les drapeaux, comme on ne saurait, sans créer des embarras pour le service, les soumettre, en trop grand nombre à la fois, à la revaccination, MM. les chefs de corps prendront telles dispositions qu'ils jugeront devoir, selon les circonstances, le mieux concilier avec les exigences du service l'exécution prompte de cette mesure : le fractionnement du corps par séries plus ou moins nombreuses, qu'on vaccinerait successivement, serait sans doute la méthode la plus simple à adopter;

4° Quant aux autres moyens d'exécution, et particulièrement aux mesures à prendre pour se procurer du vaccin, en assurer la conservation et tenir note des revaccinations, ils se trouvent détaillés §§ 4, 5, 6, 7, 8, 9 et 10 de la note ministérielle précitée du 30 juin 1848, à laquelle on devra se reporter. On recommande néanmoins, d'une manière toute spéciale, à MM. les médecins de procéder autant que possible par voie de vaccination de bras à bras.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Note sur l'emploi des lavements purgatifs dans le traitement du catarrhe utérin.

Par M. le docteur F.-A. Aran, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Des nombreux écoulements qui peuvent se faire par les parties génitales, les uns ont leur siége à la vulve et à la partie inférieure du vagin, les autres sont fournis par la partie supérieure du vagin et par la muqueuse vaginale du col utérin ; d'autres enfin procèdent de l'intérieur de l'utérus. Cette distinction n'est pas purement anatomique, car les écoulements qui ont ces siéges divers sont loin de se ressembler sous le rapport de leurs causes et de la résistance qu'ils présentent aux moyens thérapeutiques.

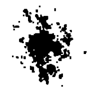
Les écoulements vulvo-vaginaux se lient le plus généralement à une influence herpétique, quelquefois cependant, surtout chez les jeunes sujets, à la présence d'ascarides vermiculaires dans le rectum ou dans les parties génitales, ou bien encore à de coupables habitudes ; entretenus par le frottement des surfaces opposées de la vulve et du vagin, ils disparaissent et guérissent très-vite dès que les surfaces malades sont séparées l'une de l'autre et saupoudrées d'une poudre inerte quelconque.

Les écoulements qui procèdent de la partie supérieure du vagin et de la surface vaginale du museau de tanche se lient en général à un état de congestion, d'irritation ou d'inflammation de l'utérus ou des parties qui l'avoisinent ; si l'on parvient, à l'aide de moyens appropriés, à se rendre maître de cet état de congestion, d'irritation ou d'inflammation du système utérin, pas n'est besoin de diriger aucun traitement spécial contre l'écoulement, il se suspendra bientôt de lui-même et ne reparaîtra plus.

Les écoulements fournis par l'intérieur de l'utérus sont loin de se présenter avec ce caractère de simplicité, et, de l'aveu de tous les gynécologues, ce qu'on appelle le catarrhe utérin constitue, sous la forme chronique, l'une des affections les plus rebelles, pour ne pas dire les plus incurables, de toutes celles qui peuvent affecter le système utérin.

Suivant le point particulier de la cavité utérine qui fournit la sécrétion, le catarrhe utérin peut se présenter sous des aspects très-divers : tantôt c'est un liquide clair, transparent comme de l'eau et seulement un peu filant, tantôt c'est un mucus fortement visqueux,

gélatineux, albumineux, transparent, demi-transparent ou opaque, strié de blanc, de gris ou de jaune; tantôt enfin c'est un liquide qui se rapproche plus ou moins par sa liquidité et par sa consistance du véritable pus. Ces différences d'aspect ont été signalées par tous ceux qui ont examiné au spéculum des femmes affectées de catarrhe utérin; mais ce qui n'a été déterminé par personne, c'est le point précis où s'opèrent ces diverses sécrétions. Sous ce rapport, les cas nombreux dans lesquels j'ai trouvé la cavité du corps de l'utérus séparée par une espèce de cloison de la cavité du col me permettent de trancher la question. Le mucus fortement visqueux, albumineux, transparent ou opaque, procède constamment de la cavité du col, et l'on peut, sur le cadavre, suivre jusque dans l'intérieur des cryptes du col les nombreux filaments qui constituent par leur réunion ces larges mèches, semblables à du blanc d'œuf, qui s'étalent généralement sur la lèvre inférieure du col et de là dans le vagin. Le mucus peu consistant, le mucus aqueux, qu'il soit transparent, sanguinolent, trouble, opaque, ou même puriforme, est fourni par la cavité du corps de l'utérus.



Ces deux espèces de mucus présentent cette particularité caractéristique qu'ils sont alcalins, alors que le mucus fourni par le vagin et par le museau de tanche est constamment acide. Mêlés dans l'intérieur du vagin à la sécrétion naturelle ou exagérée de ce conduit, ils donnent lieu à ces produits complexes, à ces sécrétions particulières que les femmes rendent en plus ou moins grande abondance par les parties génitales, dans les cas de leucorrhée, sécrétions plus ou moins visqueuses, suivant qu'elles contiennent une plus ou moins grande quantité de mucus du col; plus ou moins colorées en blanc ou en jaune, suivant qu'elles empruntent plus ou moins à la sécrétion épithéliale du vagin ou à la sécrétion purulente, qui peut être fournie indifféremment par le vagin ou par les cavités de l'utérus; mais ce qui est certain, c'est que les sécrétions leucorrhéiques un peu abondantes ne peuvent pas être fournies exclusivement par les cavités de l'utérus; la sécrétion utérine est, au contraire, toujours peu abondante, quel que soit le point qui la fournisse; elle peut même être excrétée régulièrement à certaines heures, comme cela arrive chez certaines malades, qui sont averties de sa sortie par la présence de quelques coliques; mais jamais son abondance n'est suffisante pour donner lieu à de véritables flueurs blanches. Il faut donc admettre qu'une sécrétion anormale de quelque importance ne peut avoir lieu dans l'utérus sans être suivie d'une sécrétion exagérée dans le vagin; seulement il y a lieu de se demander si c'est

purement et simplement un phénomène de consensus, ou bien si ce n'est pas le mucus sécrété par la cavité de l'utérus qui excite directement la sécrétion par son contact avec la muqueuse vaginale.

Quoi qu'il en soit, le fait pratique connu de tous ceux qui ont eu à traiter des écoulements utérins, c'est le caractère rebelle de ces écoulements, surtout lorsqu'ils durent depuis un certain temps. Sans doute, dans beaucoup de cas, leur résistance à nos moyens thérapeutiques trouve son explication dans la présence d'une lésion dans les annexes de l'utérus, qui entretient et rend interminable l'écoulement utérin; trop souvent une ovarite, une inflammation chronique de la trompe, une péritonite partielle constituent une sorte d'épine qui par sa présence s'oppose à la disparition du catarrhe; mais, dans d'autres circonstances où rien n'indique de pareilles complications, le catarrhe utérin n'en est pas moins extrêmement rebelle, récidive avec la plus grande facilité et fait en quelque sorte le désespoir des malades et du médecin.

Le hasard m'a fait découvrir dans ces dernières années un moyen, je ne dirai pas de guérir tous les catarrhes utérins, mais au moins d'en guérir un certain nombre. Loin de moi la pensée de vouloir substituer ce traitement à tous ceux qui ont été proposés jusqu'ici; je crois, au contraire, que pour une affection aussi rebelle que le catarrhe utérin, on ne saurait trop avoir de ressources à sa disposition et trop multiplier les moyens d'action ; mais le moyen dont je vais parler ne réussît-il que dans un certain nombre de cas, il aurait certainement droit à l'attention des médecins.

Les circonstances dans lesquelles j'ai été mis sur la voie de ce mode de traitement sont assez curieuses pour que je les fasse connaître. Appelé à donner des soins à une jeune personne de dix-huit ans pour une aménorrhée rebelle avec chloro-anémie, j'avais essayé sans succès beaucoup de moyens lorsque l'idée me vint de faire usage du traitement recommandé par Schœnlein. Ce traitement, dont le célèbre professeur de clinique de l'université de Berlin dit s'être très-bien trouvé dans l'aménorrhée, consiste dans l'administration répétée de petits lavements contenant 10 grammes d'aloès pour 30 grammes de mucilage. Ce traitement fut sans succès contre l'aménorrhée qui n'est pas même entièrement guérie aujourd'hui, mais la malade me fit part d'un détail auquel elle attachait une certaine importance : ses règles n'avaient pas reparu, mais un écoulement blanc très-abondant dont elle était affectée depuis plusieurs années, un écoulement qui empesait et tachait le linge avait entièrement disparu. Ce fut pour moi un trait de lumière, et je me promis aussitôt

de vérifier si ces lavements avaient autant d'influence sur le catarrhe utérin proprement dit que sur l'écoulement caractérisé de flueurs blanches par cette jeune personne. L'événement répondit à mon attente et dans plusieurs cas, après quatre, six, huit lavements au plus d'aloès, l'écoulement utérin avait entièrement disparu. Transportant, alors de la pratique de la ville dans la pratique de l'hôpital ce mode de traitement, je me suis livré à des études nouvelles qui m'ont permis de mieux préciser les circonstances dans lesquelles on peut compter sur son efficacité.

Il y a quelques mois, j'ai lu dans le *Bulletin de Thérapeutique,* (t. LIII, p. 331), le récit d'un certain nombre d'expériences faites par M. Adolphe Richard, avec des lavements de coloquinte, sur de jeunes filles affectées de leucorrhée, dans le but de vérifier les conclusions d'un travail communiqué à ce chirurgien par un de nos honorables confrères, M. le docteur Claude. Je n'ai pas  douté un instant que M. Richard n'ait eu, lui aussi, affaire à de véritables catarrhes utérins ; car les examens nécroscopiques m'ont fourni depuis longtemps la preuve de l'existence du catarrhe utérin, non-seulement chez de très-jeunes filles, mais encore chez des enfants naissants et chez le fœtus. Il me restait à m'assurer, toutefois, si les lavements de coloquinte recommandés par M. Claude l'emportaient réellement sur ceux que j'avais employés.

La pratique que j'avais adoptée et que je suis encore aujourd'hui consiste à faire prendre à la malade, tantôt tous les jours, tantôt tous les deux jours, suivant l'effet produit par le médicament, et toujours le soir en se couchant, d'abord un lavement simple d'eau tiède, pour débarrasser l'intestin, puis un lavement comme suit :

Aloès.................. Savon médicinal..........	} de chaque, 5 ou 10 grammes.
Eau bouillante......................	100 grammes.

Tout en conservant le même mode d'administration, c'est-à-dire le lavement entier tiède et la quantité de 100 grammes pour véhicule, j'ai administré successivement la décoction d'une moitié de pomme de coloquinte ; — une quantité de gomme-gutte, qui a varié entre 1 gramme et 4 grammes ; — une décoction de rhubarbe, à la dose de 8 à 12 grammes, — les résines de jalap ou de scammonée convenablement émulsionnées à la dose de 8 à 12 grammes, — le sirop de nerprun, à la dose de 30 grammes, — l'huile de ricin additionnée au moins de six à huit gouttes d'huile de croton, — les lavements purgatifs salins proprement dits.

Mon étonnement a été très-grand lorsque j'ai reconnu combien

l'action purgative, même pour les substances résineuses ou huileuses émulsionnées, est différente lorsque l'administration est faite par la bouche ou par la voie rectale. A ces doses si élevées de 8 à 12 grammes, les résines de jalap et de scammonée n'ont pas déterminé quelquefois une seule garde-robe. L'huile de ricin et l'huile de croton ont été aussi très-bien tolérées par beaucoup de malades. Tout en étant plus actif, le sirop de nerprun ne nous a paru posséder par cette voie qu'une action très-faible. En revanche, la gommegutte ne pouvait être gardée plus d'une heure par les malades et elle provoquait d'abondantes évacuations avec sensation de cuisson, de brûlure et ténesme. Mieux conservée, la décoction de coloquinte était cependant rendue par les malades, après quatre ou six heures, et elle occasionnait des phénomènes analogues à ceux produits par la gomme-gutte, mais moins intenses. Seuls l'aloès et la décoction de rhubarbe étaient gardés du soir au lendemain matin et provoquaient au réveil de la malade de trois à quatre garde-robes sans trop de coliques, sans cuisson ni brûlure. Quelques malades cependant ont conservé vingt-quatre et quarante-huit heures des lavements contenant de 5 à 10 grammes d'aloès ou une décoction de 12 grammes de rhubarbe, et nous avons même vu une dame prendre jusqu'à 30 grammes d'aloès en lavement, sans avoir plus d'une garde-robe : ce sont là, il faut bien le dire, des cas très-exceptionnels. Quant aux lavements purgatifs salins, ils pouvaient difficilement être gardés plus d'une heure ou d'une heure et demie et donnaient lieu à d'assez fortes coliques.

Ces épreuves m'ont paru juger la question en faveur des lavements d'aloès, les seuls qui puissent être continués plusieurs jours de suite, sans provoquer des douleurs trop vives vers l'anus et la partie inférieure du rectum; et cependant, à une époque qui varie suivant la susceptibilité des malades, il faut s'arrêter, car la cuisson et le ténesme empêchent de continuer. Chez les personnes trop sensibles, un lavement tous les deux jours est suffisant, pendant une huitaine ou une quinzaine de jours; chez les personnes moins sensibles on peut donner quatre, six, huit lavements d'aloès de suite, un tous les soirs.

Si les résultats de ce traitement doivent être favorables, ils ne tardent pas à se manifester par la diminution de jour en jour plus marquée de l'écoulement. J'ai vu des malades chez lesquelles, en vingt-quatre heures, l'écoulement avait diminué de moitié, et, chez d'autres, en quatre ou six jours, toute trace d'écoulement avait disparu. Chez un petit nombre cependant le succès n'a pas été aussi

complet, l'écoulement a beaucoup diminué, mais il n'a pas entièrement disparu, et, après avoir fait prendre jusqu'à vingt de ces lavements à une jeune fille pleine de courage et fortement désireuse de guérir, j'ai dû cesser le traitement, parce que l'écoulement, qui s'était réduit d'abord très-notablement, n'était plus modifié malgré la révulsion si puissante que nous exercions tous les jours sur l'intestin. Mais là où le résultat a été vraiment remarquable, ç'a été chez un certain nombre de femmes traitées par moi ou par d'autres pour des catarrhes utérins, par des moyens variés, sans grand succès : les lavements d'aloès, administrés pendant quatre ou six jours de suite, ont fait disparaître jusqu'à la dernière trace de l'écoulement.

En revanche, dans tous les cas où le catarrhe utérin conservait un certain degré d'acuité en rapport avec un reste de travail inflammatoire, là où il y avait encore un travail congestif très-prononcé, là où la sensibilité utérine était encore très-vive au toucher, les lavements d'aloès non-seulement ont entièrement échoué, mais quelquefois ont aggravé notablement les accidents. Je n'hésite donc pas à considérer la persistance d'un travail inflammatoire ou congestif dans l'utérus comme une contre-indication à l'emploi des lavements d'aloès ; mais lorsque l'utérus emprunte son état de congestion ou d'irritation à la présence d'un travail morbide dans son voisinage, les lavements d'aloès m'ont paru rendre encore de véritables services, en diminuant notablement, en réduisant même à presque rien l'écoulement catarrhal. Malheureusement, dans tous les cas où il y a un reste de travail morbide autour de l'utérus, les guérisons sont rarement définitives, et même pour les catarrhes utérins entés sur des utérus anciennement enflammés, il y a toujours à craindre que la congestion menstruelle ne réveille l'inflammation et ne rappelle la sécrétion. Il faut donc surveiller dans ces cas avec le plus grand soin les personnes qui ont été guéries de catarrhes utérins par les lavements d'aloès, afin de combattre le plus tôt possible l'écoulement dès qu'il reparaît, soit par la reprise du même moyen, soit par d'autres moyens mieux appropriés à l'état morbide.

En présence de ces heureux effets des lavements d'aloès dans le catarrhe utérin, on est conduit à se demander si les autres écoulements des parties génitales ne pourraient pas être avantageusement modifiés par ce moyen. Dire que ces lavements sont sans efficacité aucune dans ces derniers cas serait aller au delà des faits ; car les lavements d'aloès, par leur action purgative, soulagent toujours les femmes ; mais relativement à l'écoulement, soit vulvo-vaginal, soit vaginal supérieur, je n'ai pas encore vu une guérison par les lave-

ments d'aloès, quelque persistance qu'aient apportée les malades dans l'usage de ces lavements; et de guerre lasse, j'ai fini par engager les malades à y renoncer. Il y a donc quelque chose de spécial dans la révulsion exercée par les lavements purgatifs, au point de vue de la sécrétion des cavités utérines, tandis que cette révulsion, si puissante qu'elle soit, n'a presque pas d'influence sur la sécrétion catarrhale du vagin. Je me borne à signaler ce fait sans pouvoir l'expliquer; mais ceux qui répéteront ces expérimentations après moi se convaincront de son exactitude.

En résumé : 1° les lavements purgatifs, et principalement les lavements d'aloès, jouissent d'une efficacité incontestable dans le catarrhe utérin proprement dit, à la condition que leur emploi soit suffisamment répété dans un court espace de temps;

2° Leur efficacité est d'autant plus certaine que le catarrhe utérin s'éloigne davantage de la période inflammatoire et qu'il n'est pas entretenu par un travail morbide situé dans l'atmosphère de l'utérus ; dans ce dernier cas, la guérison, lorsqu'elle a lieu, est rarement durable;

3° Les substances purgatives administrées par la voie rectale ne possèdent pas, en général, la même activité que lorsqu'on les emploie par la bouche : quelques-unes de ces substances, les résines de scammonée et de jalap, les huiles de ricin et de croton, semblent avoir perdu presque toute action ; d'autres, la gomme-gutte, la coloquinte, l'aloès, la rhubarbe et les substances salines conservent encore par cette voie une activité et des effets qui ne diffèrent pas très-sensiblement de ceux qui leur appartiennent lorsqu'on les ingère dans l'estomac, mais toutefois à des doses qui pourraient être considérées comme impossibles dans le cas d'administration par la voie stomacale. F.-A. ARAN.

Remarques sur la fièvre puerpérale et sur la valeur de son traitement prophylactique et curatif (¹).

Lues à l'Académie de médecine, par M. DEPAUL.

Afin de bien préciser les points que je me propose d'examiner, je ferai connaître tout d'abord les questions que je dois traiter.

(¹) Dans une des dernières séances de l'Académie de médecine, M. Guérard est venu provoquer une discussion approfondie sur le traitement de la fièvre puerpérale. En attendant que le moment soit venu de consigner les enseignements qui ressortiront de cette discussion, nous publions le discours de M. Depaul, qui résume l'état de la science en face de cette redoutable maladie.

(*Note du Rédacteur en chef.*)

Existe-t-il une maladie puerpérale essentielle? — En répondant par avance d'une manière affirmative, je suis sûr de trouver peu de contradicteurs dans cette assemblée, et je puis ajouter que je ne fais qu'accepter une opinion qui est très-généralement admise aujourd'hui, non-seulement en France, mais en Angleterre, en Allemagne, en Bohême, aux Etats-Unis et dans presque toutes les parties du monde.

Mais, tout en reconnaissant la réalité de la maladie, faut-il conserver la dénomination de *fièvre puerpérale?* Pour éviter la confusion qu'on rencontre chez la plupart des auteurs qui ont donné l'épithète de *puerpérale* à toutes les affections survenues chez les femmes en couches, il serait peut-être avantageux d'adopter la dénomination de *typhus puerpéral* ou de *septicémie puerpérale*. Mais, comme je n'ai pas la prétention de me poser en réformateur, je continuerai à me servir de l'expression consacrée, qui est généralement bien comprise aujourd'hui.

Observée à toutes les époques, mais souvent confondue avec des maladies moins graves, la fièvre puerpérale a été attribuée, depuis Hippocrate jusqu'au commencement du dix-huitième siècle, à la suppression des lochies; par Puzos, en 1686, à la déviation du lait. Ce sont ces deux opinions qui, diversement développées depuis, ont fait jouer un rôle important au défaut d'élimination de certains matériaux supposés délétères, ou à leur introduction dans les liquides de l'économie. Comme on le voit, il n'y a pas une grande différence entre cette manière de voir et celle qui est généralement admise aujourd'hui.

Depuis Strohter, qui a créé en 1718 le nom de *fièvre puerpérale*, les auteurs qui se sont occupés de ces questions peuvent être divisés en deux catégories : ceux qui conservent cette dénomination en lui laissant son acception la plus générale, c'est-à-dire en éloignant toute idée de fièvre essentielle primitive, et ceux qui croient au contraire à une modification générale de l'organisme, préexistant à toute altération locale. Depuis le commencement de ce siècle, les partisans de cette dernière opinion deviennent de plus en plus nombreux, et j'ajouterai qu'on les trouve parmi ceux qui sont le plus à même de juger la question.

J'arrive aux preuves sur lesquelles on peut s'appuyer pour admettre l'essentialité de l'affection.

La nature épidémique est déjà une forte présomption en faveur de cette manière de voir. La fièvre puerpérale se développe et se comporte comme la plupart des maladies générales (typhus, fièvre

typhoïde, choléra, etc.). C'est surtout dans les maisons où sont réunies un grand nombre de femmes qu'on la voit exercer ses ravages. C'est principalement quand il y a encombrement qu'elle fait invasion. Elle est souvent précédée par d'autres affections d'une gravité beaucoup moins grande, mais qui sévissent aussi d'une manière épidémique, et qui peuvent se rencontrer non-seulement sur les femmes accouchées, mais encore sur les femmes enceintes, les enfants, les gens de service et les malades qui se trouvent dans les salles de chirurgie que renferme parfois le même hôpital. L'apparition du muguet, de l'ophthalmie purulente, de l'érysipèle, dans un service d'accouchées, est considérée comme l'avant-coureur d'une épidémie de fièvre puerpérale, et j'ai bien souvent, depuis plus de vingt ans, pu m'assurer de l'exactitude d'une pareille remarque. Il y a là évidemment une action générale qui s'exerce sur l'organisme tout entier. On a vu plus d'une fois les élèves sages-femmes sentir cette influence à la Maternité. Je me contente de citer ici le cas d'une de ces élèves, que j'ai vue succomber en 1839, victime des soins qu'elle avait donnés aux femmes malades. J'y reviendrai quand je parlerai de la contagion. Tout le monde a vu, comme moi, des femmes mourir avec toutes les lésions anatomiques de la fièvre puerpérale, sans être accouchées et sans avoir eu de communication directe avec des femmes atteintes de cette affection.

A ces preuves empruntées aux conditions de développement de la fièvre puerpérale, j'en joindrai d'autres prises dans l'anatomie pathologique et qui me paraissent parler tout aussi hautement en faveur de son essentialité. Dans presque toutes les épidémies on a trouvé des lésions anatomiques, dans toutes aussi on a rencontré des exceptions à la règle. Ces altérations sont très-variées. M. Guérard en a indiqué quelques-unes. Il aurait pu ajouter que certains organes en sont le siége de prédilection. Ainsi, c'est la péritonite qu'on rencontre le plus souvent, si bien que certains médecins ont pu voir en elle la cause de la maladie, à l'exclusion d'une influence générale. Puis on rencontre des inflammations des autres membranes séreuses, plèvres, méninges, etc.; la suppuration et certains ramollissements particuliers des muscles qui ont une grande importance pour le diagnostic ; l'inflammation des articulations, du pus dans le tissu cellulaire sous-péritonéal, ou une friabilité remarquable de ce tissu, fait annoncé d'abord par M. Ménière et que j'ai pu vérifier plus d'une fois. J'ajouterai, comme variété de lésion, et comme preuve de la nature générale de la maladie, certaines éruptions à forme variable, ordinairement scarlatineuse, qu'on voit assez souvent dans

les cas les plus graves et qui rappellent les éruptions du typhus, du choléra et d'autres maladies générales.

J'invoquerai ensuite le trouble profond de la plupart des fonctions. Nous en voyons de remarquables du côté du système nerveux, une anxiété qui n'est expliquée souvent ni par la péritonite, ni par le météorisme ; j'aurai d'ailleurs à parler plus tard d'autres symptômes qui parlent dans le même sens.

Les épidémies de fièvre puerpérale ont été observées dans les salles de femmes accouchées à toute époque. J'ai ici un résumé statistique qui nous permet d'apprécier cette influence telle qu'elle s'est fait sentir à Paris depuis quelques années ; on ne peut certes se refuser à voir là une action générale qui préside à toutes les maladies.

Pendant les années 1852-1856, il y a eu :

A l'Hôtel-Dieu	sur	6,906 acc.	170 morts	par fièvre puerpérale	ou	1	sur	58,46
A l'hôp. St-Antoine	—	1,116	— 30	—		1		37,6
A l'hôp. St-Louis	—	3,748	— 9	—		1		46,4
A la Clinique	—	4,979	— 134	—		1		37,3
A la Maternité	—	12,946	— 230	—		1		[illegible]

A Lariboisière, de 1854 à 1856, la proportion a été de 56 décès sur 1,382 acc. ou 24,6

Ainsi, dans ces hôpitaux, 1 femme, sur 47,4 accouchées, a succombé à la maladie.

Il y a du reste dans ce tableau des résultats partiels que je ne puis laisser passer sans y ajouter quelques observations. On y voit une différence très-favorable pour la Maternité. Je ne pense pas que cette différence existe en réalité. Je n'ai pu me procurer à cet égard des renseignements suffisants que pour l'année 1856. Les relevés officiels donnent 99 morts sur 2,257 accouchements. Mais je trouve dans la thèse de M. Tarnier, qui était alors interne à la Maternité, qui a vu tous les accouchements et fait toutes les autopsies, que le chiffre des morts a été de 114, et ce renseignement a certainement plus de valeur que ceux fournis par les employés du bureau. Il est probable qu'il devait en être de même des autres années. En 1856, la mortalité était de 1 sur 19, et ce chiffre est à peu près celui de la Clinique. Et, par contre, dans le douzième arrondissement, c'est-à-dire dans le voisinage de la Maternité, dans des conditions d'ailleurs peu favorables, il n'y a que 14 décès sur 3,222 accouchements ou 1 sur 322, c'est-à-dire 17 fois moins qu'à la Maternité.

J'ajouterai un seul mot sur cette question. En 1856, la mortalité a été effrayante à la Maternité ; du 13 avril au 10 mai il y a eu 59 morts ; or, pendant les mois d'avril et de mai, il y avait eu 347 accouchements. En admettant 173, ou la moitié, pour l'intervalle que

j'ai mentionné, la proportion des décès a été de 1 sur 3. Je cite ce fait parce qu'il est important au point de vue de la prophylaxie et de la nature de la maladie.

Ce qui me semble encore prouver l'essentialité de la maladie, c'est sa nature contagieuse qui se manifeste au moins dans certains cas. J'ai eu le malheur d'en voir des exemples non douteux; permettez-moi d'ajouter quelques mots à ce que M. Guérard vous a communiqué à ce sujet. Ces faits peuvent-ils être interprétés autrement que je ne l'ai fait? Je ne sais; en tout cas, ils méritent une sérieuse attention.

Pendant que j'étais interne à la Maternité, en 1839, une épidémie grave de fièvre puerpérale y sévit. On sait que ce sont les élèves sages-femmes qui y sont chargées des soins à donner aux malades, et qu'elles vivent au milieu des émanations qui s'en exhalent. Une de ces élèves éprouva un soir, après avoir soigné une de ces femmes, une sensation pénible qu'elle rapporta aux émanations qu'elle avait respirées en soulevant les couvertures du lit; elle entra à l'infirmerie; quelques heures après elle fut prise d'un frisson violent; puis tous les symptômes de la fièvre se déclarèrent et la jeune fille mourut le deuxième ou le troisième jour. Grâce à l'intervention de M. Moreau, je pus faire l'autopsie; je trouvai dans les viscères abdominaux toutes les lésions que présentaient habituellement les femmes mortes dans cette épidémie. Or, cette élève ne se trouvait dans aucune des conditions qui se rapprochent de l'état puerpéral; elle n'avait pas ses règles; j'ajouterai qu'elle était vierge. On trouve dans la thèse de M. Tarnier deux observations analogues; dans l'un de ces cas, on fit l'autopsie; dans l'autre, la malade se rétablit. Si je ne me trompe, M. Dubois a vu des cas semblables; ils ne sont donc pas aussi isolés qu'on pourrait le croire. Ils démontrent bien la transmission par infection.

Dans d'autres cas, il y a eu, selon toute apparence, contagion directe. M. Guérard a déjà abordé cette question; les faits que j'ai observés me portent à croire que, dans certains cas, les choses se passent réellement de cette façon. Voici d'abord celui auquel M. Guérard faisait allusion dans la dernière séance. J'avait fait, lors de mon internat à la Maternité, quatre ou cinq autopsies de femmes mortes de fièvre puerpérale, quand on vint m'appeler pour donner mes soins à une femme en travail; je pris toutes les précautions recommandées en pareille circonstance; je changeai de vêtements; je me lavai les mains avec le plus grand soin, pourtant elles avaient encore cette odeur particulière si tenace dont les imprègnent les au-

topsies de ce genre, quand j'accouchai la femme en question. Rien ne fut plus simple ; c'était un second accouchement. Mais dans la soirée déjà un frisson violent annonça l'invasion de la maladie, qui bientôt se caractérisa par tous ses phénomènes habituels, et se termina par la mort au bout de quelques jours. La nature de la maladie avait d'ailleurs été bien constatée par M. Dubois, que je fis appeler en consultation ; il n'y eut pas d'autopsie. Plus tard, quand j'étais chargé des fonctions de chef de clinique dans le service de M. Dubois, j'étais un jour occupé à faire une autopsie semblable, quand on vint me prier d'accoucher une femme dans la rue de l'Ancienne-Comédie ; cette femme accoucha heureusement de son septième enfant. Le soir, elle fut prise des mêmes accidents que la première : frisson, douleur abdominale, etc. Je priai M. Dubois de m'aider de ses conseils. La malade n'en succomba pas moins rapidement. Je ne pus faire l'autopsie.

La contagion est donc pour moi, dans certains cas, un fait très-possible et même très-probable.

Mais ces preuves générales de l'essentialité de la maladie pourraient être interprétées différemment. L'altération du sang existe-t-elle réellement ? Sans doute la chimie et le microscope n'ont pas dit leur dernier mot sur cette question ; mais tout le monde a vu un état anormal du sang ; je l'ai toujours observé : il est fluide, il ne se coagule pas ou se coagule imparfaitement ; souvent il a une couleur particulière, violacée, ou bien il présente l'apparence de la gelée de groseille. Il imprègne les tissus avec une facilité remarquable. J'ai souvent noté qu'il avait un aspect huileux tout particulier. Il est vrai que l'on trouve parfois dans le cœur des caillots fibrineux ; mais les caractères tout spéciaux que le sang présente dans la grande majorité des cas n'en subsistent pas moins. Certaines altérations chimiques ou microscopiques ont d'ailleurs été signalées par des hommes dont le nom est d'un grand poids en fait d'hématologie. M. Vogel rapporte, dans le Manuel de M. Virchow, qu'il a trouvé dans certains cas de l'acide lactique dans le sang, qui présentait alors une réaction acide ; d'autres fois il contenait du carbonate ou du sulfhydrate d'ammoniaque ; le même auteur signale la liquidité du sang. Il fait en outre remarquer que les globules ont perdu la propriété de rougir à l'air ; l'oxygène est sans action sur eux ; ils ne remplissent donc plus leurs fonctions dans la respiration, et c'est ce qui explique les troubles si profonds de cette fonction. La forme des globules est, en outre, souvent altérée ; le sérum dans lequel ils nagent a souvent une coloration rosée particulière. M. Lehmann,

dans sa *Chimie physiologique*, dit y avoir trouvé quelquefois la matière colorante de la bile. M. Scanzoni, auteur d'un traité d'accouchement, signale diverses altérations du sang; il dit y avoir trouvé quelquefois un principe purulent particulier; d'autres fois, il a constaté la dissolution du sang; il décrit ces deux états sous les noms de *pyémie* et de *septicémie*. Ce ne sont là, j'en conviens volontiers, que des résultats incomplets et qui demandent à être vérifiés; mais il me semble que, rapprochés de la marche et de l'étiologie de la maladie, ils en disent assez sur sa nature essentielle. Ils ne nous expliquent pas, à la vérité, la nature et le point de départ de la lésion première. C'est là un mystère inexplicable.

Maintenant, existe-t-il des caractères propres à la fièvre puerpérale? Pouvons-nous, par l'étude attentive de sa marche et de ses symptômes, la distinguer des autres maladies plus ou moins graves qui se déclarent parfois chez les femmes récemment accouchées?

Je n'hésite pas à répondre affirmativement à ces questions. Je dois dire cependant qu'on a souvent pris pour des fièvres puerpérales des maladies toutes différentes, et que d'autres fois on a méconnu le typhus puerpéral. Pour poser ce diagnostic, il ne suffit pas de considérer un seul symptôme; aucun n'est pathognomonique de la maladie; c'est l'apparition simultanée ou successive de plusieurs d'entre eux qui lui imprime un cachet si particulier, qu'un œil exercé la reconnaît au premier abord. Il faut tenir compte de l'époque à laquelle se montrent les accidents; rarement ils tardent au delà du huitième ou du douzième jour; les phénomènes formidables qui surviennent après cette époque sont le fait de maladies bien distinctes de la fièvre puerpérale. Celle-ci débute le plus souvent par un frisson, qui est quelquefois unique, qui ne se répète jamais un grand nombre de fois, et qui apparaît rarement après les premières vingt-quatre ou trente-six heures. Quelquefois il revient par intervalles plus ou moins réguliers; il peut simuler, par la régularité de ses rémissions, une fièvre intermittente pernicieuse, remarque déjà faite par Osiander. Rarement il manque; néanmoins cela se voit. C'est ainsi que, chez la femme que j'ai traitée avec M. Guérard, il n'y en eut jamais; la malade avait un aspect effrayant : la mort était peinte sur son visage; mais le frisson et plusieurs autres phénomènes importants faisaient défaut.

Après le frisson, c'est surtout du côté de la circulation qu'on observe des troubles marqués. Tout le monde a été frappé de la fréquence particulière que présente le pouls, souvent dès le début; il est très-rare que l'on compte moins de 140 pulsations; j'excepte les

cas dans lesquels on a administré le sulfate de quinine ou le *veratrum viride*. Ces moyens produisent une sédation remarquable de la circulation; j'y reviendrai tout à l'heure.

Je ne fais ici qu'indiquer les caractères propres de la fièvre puerpérale; je passe sous silence les symptômes qu'elle a en commun avec d'autres maladies. Parmi ceux qui la caractérisent, je noterai encore certains désordres de la respiration qu'on observe quelquefois dès le début de la maladie : la respiration est anxieuse, courte, précipitée; les malades éprouvent le besoin de faire de grandes inspirations; il y a manifestement un trouble général marqué de l'hématose, bien distinct de la dyspnée, qui s'explique par la péritonite, le météorisme.

L'intelligence, elle aussi, présente des troubles qui sont d'une importance très-grande pour le diagnostic, si bien qu'ils suffisent souvent à un praticien expérimenté pour reconnaître la maladie. Les femmes ne répondent pas tout de suite aux questions qu'on leur adresse; quand elles le font, elles semblent se réveiller d'un sommeil léger, quoiqu'elles aient les yeux grandement ouverts; leur parole a un caractère tremblotant tout particulier qui présente un grand nombre de nuances. M. Dubois a appelé depuis longtemps l'attention sur ces symptômes, qui se rangent parmi les indices les plus graves : je n'ai vu guérir aucune des malades qui l'ont présenté. M. Dubois a fait la même observation.

Je signalerai encore comme un signe important les douleurs excessivement vives que certaines malades éprouvent au niveau des jointures; elles ne s'accompagnent d'aucune lésion apparente, ou tout au plus d'un peu de rougeur; leur signification pronostique est absolument fatale.

La diarrhée, le météorisme n'ont pas une importance aussi grande. Quelquefois les vomissements ont une couleur verdâtre ou jaunâtre toute particulière; il suffit alors de voir les taches qu'ils laissent sur le lit pour reconnaître immédiatement la maladie. Je n'insisterai pas sur la suppression des lochies et du lait; ce n'est pas là un accident primitif, et il n'a pas plus d'importance dans la fièvre puerpérale que dans toute autre maladie.

Tels sont les principaux phénomènes qui caractérisent habituellement la fièvre puerpérale. Je dois ajouter qu'ils ne sont pas toujours aussi tranchés; il y a ici des cas obscurs comme partout ailleurs.

Mais il ne suffit pas de savoir que la fièvre puerpérale a des caractères propres; il importe encore de la distinguer des autres

maladies avec lesquelles on l'a souvent confondue à tort : je citerai l'infection purulente, l'infection putride et la fièvre typhoïde. Je ne m'étendrai pas longuement sur ce sujet.

Les femmes accouchées peuvent être atteintes d'affections purulentes; cela n'est pas douteux; le plus souvent elles succombent à cette maladie, mais celle-ci n'en est pas moins distincte de la fièvre puerpérale, et souvent il est très-facile d'arriver au diagnostic. L'infection purulente ne fait jamais invasion dans les premiers huit ou dix jours des couches; c'est l'inverse pour la fièvre puerpérale. Ordinairement l'infection purulente est précédée ou accompagnée de symptômes de phlébite; les cas où on dit l'avoir vue débuter par le frisson sont douteux. Les frissons de l'infection purulente sont plus nombreux que ceux de la fièvre puerpérale; ils sont séparés par des rémittences plus longuès et plus complètes; ils présentent absolument les mêmes caractères que chez les opérés. Bientôt, d'ailleurs, survient la teinte ictérique de la peau, qu'on n'observe pas dans la fièvre puerpérale; ici la face est pâle ou les pommettes plus ou moins injectées. Les abcès métastatiques des viscères, ceux du tissu cellulaire, les suppurations intra-articulaires ne se voient jamais dans cette dernière affection.

Un mot seulement sur l'infection putride : on peut l'observer chez la femme dans l'état puerpéral, et elle se présente chez elle dans des conditions de gravité très-grandes, quoiqu'elle soit moins meurtrière que la fièvre puerpérale. Elle peut apparaître dans tous les cas où les lochies prennent une odeur fétide; lorsqu'un débris de membrane ou l'arrière-faix tout entier est retenu dans l'utérus, lorsqu'un fœtus mort se putréfie pendant le travail après que la rupture des membranes a donné accès à l'air. Il se forme alors des gaz, des matières putrides qui peuvent s'introduire dans le sang et produire des accidents bien distincts de ceux de la fièvre puerpérale. On ne constate pas dans les deux maladies les mêmes lésions anatomiques; les frissons de l'infection putride sont moins violents et plus répétés; dus à l'empoisonnement du sang, ils se reproduisent avec chaque nouvelle introduction de matières putrides; les malades ont ordinairement la langue humide, tandis que dans la fièvre puerpérale elle devient bientôt noirâtre, sèche, couverte d'un enduit fuligineux. Une autre différence, qui est tout à l'avantage de l'infection putride, c'est qu'on l'arrête facilement au début, en éloignant la cause du mal et en faisant quelques injections.

Il n'est ordinairement pas difficile de distinguer la fièvre typhoïde de la fièvre puerpérale. On peut être quelquefois embarrassé au

début de l'affection, dans un service d'accouchements où règne le typhus puerpéral; mais ces incertitudes ne peuvent subsister longtemps en face des caractères généraux de la maladie et de son évolution ultérieure.

Les détails que je viens de donner sur le diagnostic de la fièvre puerpérale ont pu vous paraître un peu longs, mais ils ne sont au moins pas inutiles. Je crois que si l'on s'entend si peu sur le traitement de cette maladie, c'est que les problèmes du diagnostic n'ont pas été résolus de la même manière par tout le monde, et qu'on n'a pas toujours bien distingué de la fièvre puerpérale les trois affections dont j'ai cherché à préciser les caractères. J'en dirai tout autant des métrites, péritonites, métro-péritonites, etc., qu'on peut rencontrer même pendant les épidémies de fièvre puerpérale, sans que l'influence épidémique ait été pour rien dans leur développement. C'est pour avoir rapporté à la fièvre puerpérale ces affections bien moins graves, qu'on a pu tant de fois vanter l'efficacité de remèdes qui n'ont jamais réussi aux observateurs attentifs.

J'aborde maintenant les questions relatives au traitement. J'ai déjà dit qu'il importe de distinguer le traitement curatif et le traitement prophylactique.

C'est un aveu triste à faire, mais je crois être dans le vrai en déclarant que le traitement de la fièvre puerpérale est encore à trouver. Ce n'est pas que des prétentions contraires ne se soient produites bien souvent; mais si les moyens qu'on a préconisés ont semblé quelquefois donner de beaux succès, c'est que le diagnostic n'avait pas été bien précis : on n'avait pas traité des fièvres puerpérales. Je n'énumérerai pas tous ces moyens; je les ai presque tous essayés, et à peu près constamment sans succès. Je ferai cependant mention en particulier des préparations mercurielles; c'est à elles que je crois devoir rapporter les quelques rares succès que j'ai obtenus. Mais je dois ajouter que je les ai vues échouer dans un nombre considérable de cas.

Je m'arrêterai un instant sur le sulfate de quinine, dont on a beaucoup parlé dans ces derniers temps, et sur lequel M. Beau a fait une communication dans cette enceinte, le 27 mai 1856. M. Beau annonçait que ce moyen lui avait donné de beaux succès à l'hôpital Cochin; il promettait de soumettre à l'Académie le détail de ses expériences. Rien ne serait plus désirable. Espérons que cette discussion donnera à notre collègue l'occasion de tenir sa promesse. J'ajouterai que l'emploi des préparations de quinquina n'est pas nouveau. En 1753, Pouteau administra le camphre, puis le quin-

quina. Doublet paraît avoir obtenu de beaux résultats de ces deux moyens. En 1781, Osiander, à l'occasion de quelques cas de fièvre puerpérale à forme rémittente, rappelait que Torti regardait le quinquina comme impuissant à enrayer la marche de cette maladie, mais qu'il conseille néanmoins, avec Morton, de tenter son emploi. Delaroche, Hufeland, Baudelocque, qui ont suivi ce conseil, paraissent s'en être bien trouvés quelquefois. Depuis, le sulfate de quinine a été l'objet de travaux nombreux. Ainsi, M. le docteur Leconte rapportait, en 1851, dans *l'Union médicale*, 10 observations de fièvres puerpérales traitées par cet alcaloïde; ses résultats auraient été merveilleux; les fièvres les plus graves auraient été arrêtées. Mais, en remontant à la source de ces assertions, j'ai pu me convaincre que M. Leconte n'a pas guéri un seul cas de fièvre puerpérale; il traitait des métrites, des métro-péritonites, affections contre lesquelles tout réussit, et l'expectation tout aussi bien que le sulfate de quinine. Il en est de même d'autres publications qui n'ont pas plus de valeur.

Les observations de M. Beau seront-elles de nature à réhabiliter le sulfate de quinine? Je les attends avec impatience. Les résultats que nous annonçait ce médecin sont si encourageants, que j'ai dû reprendre des expériences que j'avais commencées dès 1839, à la Maternité, avec M. Moreau. Chargé, l'année passée, du service d'accouchement de l'hôpital des Cliniques, en remplacement de M. Dubois, j'ai employé le sulfate de quinine en me conformant strictement à la formule de M. Beau. Je l'ai administré exclusivement à une série de malades, en faisant seulement précéder son emploi de celui d'un vomitif dans les cas spécifiés par M. Beau. Chez toutes les malades, au nombre de sept, j'obtins les symptômes d'empoisonnement quinique, la surdité, etc. Je surveillais avec le plus grand soin l'administration du médicament; je l'employais à l'époque même où M. Beau réussissait à Cochin, dans une épidémie tout à fait semblable; et pourtant toutes mes malades moururent. A quoi tient cette différence? Ne pouvant aller moi-même visiter le service de M. Beau, je priai M. Blot de vouloir bien le faire à ma place. Il put se convaincre que M. Beau ne donnait pas seulement le sulfate de quinine dans les cas de fièvre puerpérale, mais encore dans d'autres maladies infiniment moins graves. Je dois dire, d'ailleurs, que l'action sédative que ce moyen exerce sur la circulation peut faire illusion, et en imposer pour une amélioration réelle. Chez toutes mes malades, j'ai vu, après l'administration de 1 gramme ou 1gr,50, le pouls tomber de 150 à 80 ou au-dessous. Mais ce résultat, curieux

au point de vue de la pharmacologie, n'a aucune importance thérapeutique ; les malades meurent avec un pouls à 80, au lieu de mourir avec 160 pulsations ; c'est là toute la différence.

Le même reproche s'adresse peut-être à un moyen peu employé en France, le *veratrum viride*.

M. Barker dit s'en être servi avec avantage depuis plusieurs années. Il note son action sédative sur la circulation. Sous son influence le pouls serait descendu de 140 pulsations à 60. Il le donne sous forme de teinture à la dose de deux, trois ou quatre gouttes d'heure en heure. On trouvera des détails sur la méthode de M. Barker dans la *Gazette hebdomadaire* (4 et 11 décembre 1857). C'est là tout ce que nous savons sur l'action de ce médicament.

Si jusqu'à ce jour la thérapeutique n'a presque jamais pu triompher de ce terrible fléau, ne peut-on pas espérer de le conjurer par une sage prophylaxie? Je demeure convaincu que c'est la seule voie utile à suivre.

Mais il y a deux manières de faire la prophylaxie : l'une consiste à administrer certains médicaments, l'autre à chercher dans des mesures hygéniques un moyen de s'opposer au développement de la cause morbide. La matière médicale a déjà fourni bon nombre de substances. Hufeland, en 1787, avait conseillé des purgatifs donnés dans les derniers mois de la grossesse, et un exercice modéré dans un air salubre. De plus, il donnait une potion purgative antiphlogistique dans la journée qui suivait l'accouchement.

Levret administrait le sulfate de potasse ; Redekind l'acide nitrique ; Gordon, Richter les purgatifs ; Kennedy le double sulfate de cuivre et d'ammoniaque associé à l'opium ; Chaussier la poudre de Dower ; MM. Leudet et Piédagnel le sulfate de quinine, ce dernier en y joignant le sous-carbonate de fer. Il y a, dans les ouvrages de ces deux derniers auteurs, quelques résultats statistiques qui paraissent parler en faveur de leur méthode. Mais cela doit être attribué sans doute à ces variations qu'on voit dans toutes les épidémies. M. Danyau a répété leurs expériences à la Maternité, et il est arrivé à des résultats tout à fait contraires.

J'arrive aux mesures prophylactiques empruntées à l'hygiène. Ces moyens ont varié avec les opinions des auteurs sur la nature de la fièvre puerpérale.

L'allaitement, recommandé par les partisans des métastases, n'a pas donné les résultats qu'on en attendait. On a cherché à favoriser l'écoulement des liquides putrides en faisant lever les accouchées le deuxième ou le troisième jour (White), ou par les injections répé-

tées (MM. Piorry et Malgaigne, Harvée). La bonne disposition des salles, leur facile ventilation, ont été considérées à toutes les époques comme indispensables ; l'importance d'un air pur a été reconnue par White, Peu, Willis, Johnson, Th. Cooper, Doublet, Tenon; mais toutes ces précautions ont souvent échoué ; on a eu beau évacuer les salles, les faire repeindre, renouveler la literie ; quand les accouchées rentraient dans les services, la maladie reparaissait. C'est ce qui est arrivé à l'hôpital des Cliniques. En France, on a diminué le nombre des femmes reçues dans les salles d'accouchement, et cette tendance, qui semble se généraliser, est sans doute rationnelle. Mais toutes ces améliorations ont produit, je crois, ce qu'elles peuvent produire ; je ne pense pas qu'on puisse en attendre davantage ; tant qu'on réunira des femmes accouchées, en plus ou moins grand nombre, dans des salles d'hôpital, il y aura des épidémies de fièvre puerpérale.

Mais n'y aurait-il donc pas moyen de secourir les femmes enceintes chez elles, au lieu de les entasser dans ces foyers meurtriers? C'est dans cette voie que nous pouvons encore espérer trouver le succès refusé jusqu'à présent à tous nos efforts. Faisons des vœux pour que cela soit au moins tenté, et espérons qu'il n'y aura plus d'obstacles insurmontables à l'exécution de ce projet.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

De l'évidement des os, comme moyen d'en conserver les formes et les fonctions et d'éviter les amputations.

Note adressée à l'Académie des sciences, par M. SÉDILLOT.

L'illustre secrétaire perpétuel de l'Académie des sciences a signalé dans son livre : *De la vie et de l'intelligence*, les remarquables applications de ses expériences à la chirurgie. » Beaucoup d'amputations et de mutilations, a dit M. Flourens, pourront être prévenues. Enlevez les os et conservez le périoste : ce dernier les reproduira. » Une chirurgie nouvelle est née de cette simple observation et a été inaugurée par M. Blandin, qui pratiqua l'ablation d'une clavicule cariée sans intéresser le périoste ; quinze mois plus tard, la malade était guérie et la clavicule s'était reproduite.

Les pathologistes ont connu de tout temps les phénomènes de la régénération des os et en ont consigné de remarquables exemples. Le professeur Heine a déposé en 1836 au Muséum de Würzbourg une série de préparations représentant, sur des squelettes complets de

chiens, les os régénérés aux lieu et place de ceux qu'il avait directement enlevés, en conservant le périoste, et on les avait exposés à côté des premiers, comme terme de comparaison. Le fémur, le tibia, l'humérus et particulièrement le scapulum s'étaient parfaitement reproduits, et les fonctions des membres n'en avaient pas été altérées (Journal de Græfe et Walther, tome IV, livre IV). En France, plusieurs chirurgiens, parmi lesquels je citerai MM. Baudens et Maisonneuve, ont publié des observations plus ou moins analogues à celles de M. Blandin, et personne ne met plus en doute l'immense avantage de conserver le périoste dans le but de favoriser la reproduction d'un nouvel os. Les applications de cette nouvelle chirurgie, pour nous servir de l'heureuse expression de M. Flourens, sont cependant restées très-restreintes et n'ont pas encore pris rang dans la pratique usuelle. Cette sorte d'abandon d'une des plus précieuses ressources de l'art tient aux difficultés et aux dangers très-réels des procédés d'exécution. La dissection du périoste et l'ablation de l'os subjacent sont des opérations hérissées d'obstacles, lorsqu'on les transporte à l'homme vivant. On ne peut détacher le périoste sans le soumettre à des violences graves, par tractions, pressions, déchirures, arrachements, ligatures, et il en résulte des inflammations suppuratives, des ulcérations, des gangrènes, des phlegmons diffus, des pyohémies, des infections putrides fort redoutables.

Le périoste détaché avec plus ou moins de succès de la circonférence d'un os long et unique, comme l'humérus et le fémur, n'a plus de soutien, s'affaisse, se déforme et ne saurait résister à la contraction des muscles. Un raccourcissement presque inévitable du membre en est la suite, et l'os nouveau peut rester faible et irrégulier, malgré l'emploi nécessaire d'appareils inamovibles et extensifs. On n'est pas à l'abri des exfoliations, de la nécrose, de l'ostéite des portions osseuses sciées ou divisées avec la gouge et le ciseau, et le malade n'est même pas certain de sa guérison, puisqu'on n'en possède pas d'exemple, chez l'homme, pour la cuisse, le bras, ni même les autres segments des membres, à l'exception des cas de nécrose où la séparation du périoste se fait, comme on le sait, spontanément.

Dans le but d'éviter ces inconvénients et ces dangers, nous avons depuis longtemps adopté un autre procédé, qui réalise d'une manière simple et facile l'indication si nettement posée par M. Flourens, de reproduire l'os par le périoste conservé. Il suffit d'évider les os et d'en laisser intacte la couche extérieure ou corticale. Cette couche

est absorbée plus tard et remplacée par un nouvel os qui acquiert chaque jour plus de volume et de force, et représente les formes régulières de l'ancien os, puisque le périoste n'a pas été atteint ni modifié; les accidents sont nuls ou très-légers, et les fonctions du membre ne sont pas même compromises.

Voici le procédé que nous suivons : une première incision est pratiquée sur toute la longueur de l'os malade à la partie la plus superficielle du membre et la plus éloignée des gros troncs vasculaires et nerveux. Deux autres incisions, comprenant le cinquième environ de la circonférence du membre, tombent à angle droit sur les extrémités de la première, et servent à former deux lambeaux latéraux. Ceux-ci, renversés de chaque côté, doivent contenir la portion du périoste subjacente. L'os ainsi mis à nu est immédiatement attaqué avec la gouge, le ciseau et le maillet. On emploie la gouge pour l'évidement et le ciseau pour la section des ponts osseux et pour la régularisation des bords de la plaie. On pénètre dans le canal médullaire, on le creuse, on l'évide, on le régularise et on réduit l'os à une sorte de coque mince, que l'on remplit de charpie; la plaie des parties molles est pansée à plat.

Les avantages de ce procédé sont aisés à concevoir. Le périoste reste intact et n'est nullement déformé. L'opération est d'une exécution facile; l'hémorrhagie n'est pas à redouter, les vaisseaux ouverts étant accessibles et liés sur-le-champ; la surface osseuse conservée peut être cautérisée ou tamponnée suivant les indications. Les attaches musculaires ne souffrent pas; la plaie, restant béante, ne retient ni le plasma, ni la sérosité, ni le pus, et ces liquides trouvent toujours une issue libre et ne se vicient pas. L'inflammation ne saurait s'étendre aux membres et ne dépasse pas les surfaces traumatiques. Les lymphites, les phlegmons diffus, les pyohémies, les infections putrides ne sont pas à craindre; la plaie reste simple et marche sans accidents vers la guérison.

L'évidement des os est applicable aux hypérostoses suppurées et souvent compliquées de nombreuses fistules communiquant avec le canal médullaire; aux ostéites condensantes et raréfiantes, comme les nommait Gerdy; aux caries entretenues par des séquestres ou d'autres corps étrangers; à certaines tumeurs blanches dépendant d'une altération des os, et nous sommes même persuadé que l'évidement des extrémités du fémur et du tibia, dans les arthrites graves du genou, l'emporterait beaucoup sur la résection de cette jointure et sur l'amputation de la cuisse.

Jusqu'à ce jour nous ne comptons ni accidents, ni insuccès dans

l'emploi de l'évidement des os, et, sans énumérer tous les faits de notre pratique en faveur de ce procédé, nous nous bornerons à citer nos derniers opérés, dont les trois quarts sont encore sous nos yeux et qui témoignent hautement des avantages de l'évidement auquel ils doivent la conservation de leurs membres et peut-être la vie.

Obs. I. Hypérostose suppurée de toute la hauteur du tibia, depuis l'extrémité fémorale jusqu'à l'extrémité tarsienne ; nombreuses fistules communiquant avec le canal médullaire. Trois ans d'invasion. Jeune homme de quatorze ans, nommé Hovillers, de Bischeim. L'amputation de la cuisse a été plusieurs fois proposée et était considérée comme l'unique ressource du malade. Evidement de toute la longueur de l'os, le 26 décembre 1855. Guérison complète.

Obs. II. Hypérostose du tiers inférieur du tibia, datant de cinq ans. Fistules nombreuses communiquant avec le canal médullaire. Suppuration abondante. Jeune homme de dix-sept ans, nommé Berras. Opération par évidement, le 8 décembre 1857. La guérison est presque complète à la fin de février 1858, et tous les usages du membre sont rétablis.

Obs. III. Ostéite et carie de l'extrémité inférieure du tibia gauche. Sept trajets fistuleux communiquant avec le canal médullaire. Articulation tibio-tarsienne gonflée et douloureuse. Cinq mois d'invasion. Le malade, âgé de dix-huit ans, a été envoyé à la Clinique pour y subir l'amputation de la jambe. Opération par évidement, le 12 janvier 1858. Guérison très-avancée à la fin du mois suivant, sans aucun accident.

Obs. IV. Ostéite avec fistules et hypérostose entretenue depuis dix-neuf ans par un séquestre de la moitié inférieure de la cuisse. Suppuration de l'articulation du genou, qui est largement ouverte, avec érosion de la rotule et du fémur. Le malade, âgé de trente-neuf ans, a été envoyé à la Clinique, pour y subir l'amputation de la cuisse. Opération par évidement le 6 février 1858. La plaie de l'os a 22 centimètres de longueur. Aucun accident. Le malade peut se lever et marcher avec des béquilles quinze jours plus tard, et le temps achèvera sa guérison. La fistule du genou est déjà fermée.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Nouveau réactif propre à déceler tous les alcaloïdes.

Quoique la médecine légale possède, dans le procédé de M. Flandin, une ressource d'une exécution facile et rapide pour isoler les alcaloïdes, nous n'en croyons pas moins devoir enregistrer les nouvelles conquêtes qui se font dans cette voie.

Un chimiste allemand, M. Sonnenschein, vient de faire connaître (*Annal. der Chem. und Pharm.*) un nouveau réactif des plus importants, puisqu'il posséderait la propriété de précipiter toutes les bases organiques, à l'exception des acides à réaction alcaline. Voici les renseignements que donne à ce sujet M. Berthé, dans

sa Revue pharmaceutique, publiée par le Moniteur des hôpitaux.

Ce réactif, qui est l'acide phospho-molybdique, se prépare en précipitant du molybdate d'ammoniaque par le phosphate de soude; on lave avec grand soin le précipité jaune, on le délaye dans l'eau et on le fait chauffer avec du carbonate de soude jusqu'à parfaite dissolution, on évapore à siccité et on calcine afin de chasser tout l'ammoniaque. Si, par suite de cette calcination, une partie de l'acide s'était réduit, on soumettrait le précipité à une nouvelle calcination, après l'avoir arrosé d'acide nitrique. On reprend alors par de l'eau distillée, à laquelle on ajoute de l'acide nitrique jusqu'à réaction fortement acide, puis on y verse de l'eau distillée en assez grande quantité pour avoir une solution au douzième d'acide phospho-molybdique. Dans cet état, le réactif se présente sous l'aspect d'un liquide jaune doré, que l'on a soin de conserver à l'abri des vapeurs ammoniacales.



L'acide phospho-molybdique possède la propriété de précipiter presque tous les alcaloïdes de leur dissolution saline ou autre, en présence de faibles traces d'ammoniaque; ces précipités sont généralement peu solubles dans l'alcool, l'éther, les acides minéraux étendus, à l'exception de l'acide phosphorique; l'acide azotique concentré les dissout à l'ébullition; ils sont absolument insolubles dans l'acide azotique étendu. Ils sont, au contraire, solubles au point d'ébullition, dans les acides acétique, oxalique, tartrique et citrique; seulement, par le refroidissement l'acide acétique laisse déposer le précipité, et les acides tartrique et citrique pendant l'ébullition décomposent l'acide molybdique. Les terres alcalines, les oxydes d'argent et de plomb, et leurs carbonates, et, à plus forte raison, les hydrates, les carbonates, les borates et les phosphates alcalins, dissolvent ces précipités, mais, le plus souvent, en déplaçant l'alcaloïde. Enfin, l'acide phospho-molybdique fournit, au dire de l'auteur, un réactif d'une telle sensibilité, qu'il croit possible de doser à son aide les alcalis organiques, et qu'il n'hésite pas à proposer son emploi dans les recherches médico-légales.

Voici la marche qu'il conseille de suivre dans cette circonstance. Il épuise le mélange suspect par de l'eau aiguisée d'acide chlorhydrique, et réduit le produit à la consistance sirupeuse; il filtre et précipite par un excès d'acide phospho-molybdique; il sépare alors le précipité, le lave avec de l'eau distillée contenant de l'acide phospho-molybdique et un peu d'acide azotique, puis l'introduit dans un ballon; à ce moment il fait intervenir de la baryte caustique en excès, et à l'aide d'un tube fait communiquer le ballon avec un tube

de Liébig, contenant de l'acide chlorhydrique ; il chauffe, et si l'alcaloïde est volatil, il le retrouve dans le récipient ; s'il est fixe, il neutralise le résidu par un courant d'acide carbonique, puis, à l'aide de l'alcool concentré, il enlève l'alcali organique, que l'alcool abandonne à un état de pureté plus ou moins grand, mais qu'on peut toujours rendre absolu.

Tel est le nouveau procédé analytique que M. Sonnenschein nous a fait connaître, et qui, par sa simplicité et, s'il faut en croire l'auteur, par sa précision (1), est appelé à rendre de nombreux services.

Nouveau mode de préparation du phosphate de chaux des os.

Par M. Dannecy, pharmacien à Bordeaux.

Tout le monde connaît l'intéressant mémoire de M. Mouriès, ayant pour titre : *De l'Alimentation insuffisante par défaut de phosphate de chaux*, et le rapport de M. Bouchardat sur cet ouvrage. Dans ce rapport, le savant professeur de la Faculté de Paris développe et passe en revue les opinions des physiologistes, énumère les expériences et les analyses les plus exactes des chimistes, dont l'ensemble démontre que l'alimentation seule fournit les éléments matériels des organes pendant les premiers développements de la vie, et subvient à la reconstitution incessante nécessitée par l'action vitale chez les adultes, comme aux transformations qui caractérisent la vieillesse (2). Ces considérations obligent à admettre qu'il est d'une extrême importance de présenter à l'organisme les éléments minéraux des tissus dans l'état moléculaire qui se rapproche le plus de celui qui doit s'organiser sous l'influence vitale. Le phosphate de chaux des laboratoires, ce représentant infidèle de la charpente osseuse, fut d'abord proposé, puis les os eux-mêmes, dans un état de division extrême ; mais, dans ce dernier cas, la molécule ultime présentait une résistance souvent trop grande aux dissolvants digestifs.

Je viens proposer aujourd'hui un mode de désagrégation absolu des os :

Os de bœuf lavés et concassés.......	1 kilogramme.
Eau commune......................	6 kilogrammes.
Carbonate de potasse ou de soude pur.	100 grammes.

---

(1) M. Sonnenschein prétend que 1 centimètre cube de son réactif produit un précipité très-sensible dans une liqueur contenant 71 millionièmes de strychnine.

(2) A l'appui des considérations émises par M. Bouchardat, M. Dannecy aurait pu rappeler les résultats des expériences de M. Milne-Edwards fils, témoi-

Faites bouillir pendant une heure ; il se forme une espèce de bouillie parfaitement homogène ; jetez cette bouillie sur un filtre de papier, le liquide alcalin s'écoule ; lavez le précipité à plusieurs reprises avec de l'eau chaude ; faites sécher ; passez au tamis de soie, vous obtiendrez une poudre d'une excessive ténuité, douce au toucher, et d'une mobilité égale à celle du lycopode.

Cette poudre contient tous les éléments naturels des os, moins la gélatine qui les tenait agrégés. On comprend que cette désagrégation chimique atteint la dernière limite du possible ; elle est vraiment moléculaire.

Le phosphate de chaux des os, ainsi préparé, se maintient facilement en suspension dans les potions et dans l'huile de foie de morue ; il se prête à toutes les formes pharmaceutiques : pastilles, pilules, etc.

Conservation des pois d'iris. — Observation de pharmacie pratique.

Il y a dix-huit ans nous disions, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, que le meilleur moyen de préserver le seigle ergoté et les cantharides de l'attaque des insectes, était de les renfermer dans des flacons en verre hermétiquement bouchés et d'en arroser de temps en temps les substances de quelques gouttes d'éther sulfurique. C'est qu'en effet nous avions reconnu, dès cette époque, que la vie animale ne peut ni se développer ni se maintenir dans un milieu anésthésique.

Faisant une application de cette idée, un sagace médecin, M. Doyère, a employé le chloroforme et le sulfure de carbone à l'asphyxie des charançons, dont la larve se développe dans le grain du blé, des pois verts ou secs, dans la moelle de certains arbres et dans quelques racines sèches.

Au mois de décembre dernier, un pharmacien d'Orléans, M. Jules Alliot, n'a pas craint d'affronter cette pensée critique d'un poëte latin : *Bis repetita placent*, en venant proposer l'éther sulfurique comme un agent conservateur des racines, feuilles et graines pharmaceutiques. Nous sommes heureux de voir se confirmer ce que

gnant des bons effets de l'usage du phosphate de chaux dans les fractures, et les observations de guérisons de caries vertébrales traitées par le sel, publiées par M. Piorry. Quoique la valeur thérapeutique du phosphate soit loin d'être tranchée par ces faits, les essais de ces expérimentateurs ont contribué pour une large part à introduire le phosphate dans la pratique courante.

(*Note du Rédacteur.*)

nous avons dit; bien mieux, nous engageons nos collègues à persévérer à employer l'éther comme agent préservateur et d'en faire l'application à la conservation des pois d'iris; ils éviteront de subir une perte journalière et souvent fort importante.

On procède de la manière suivante :

On met dans chaque flacon qui contient les pois d'iris un tout petit flacon d'éther sulfurique, bouché de telle sorte qu'il n'y ait qu'une faible évaporation du liquide. Toute faible qu'elle soit, elle est encore plus que suffisante pour empêcher l'*anobium puniceum* de se développer dans la substance qui forme les agents médicamenteux. Ce *bis in idem* n'a aucun inconvénient; il ne modifie en rien les propriétés ni l'action physique des pois d'iris.

STANISLAS MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

De l'appréciation des principales méthodes de traitement des coarctations de l'urètre.

C'est spécialement par le résultat définitif que le choix d'une méthode thérapeutique est déterminé, d'après cet adage vulgaire autant que vrai, qu'en toutes choses il faut considérer la fin. Cependant, la manière d'obtenir ce résultat, les effets que la manœuvre produit sur les organes, et l'état dans lequel le traitement laisse ces organes, dont on s'est trop peu occupé jusqu'ici, doivent être pris en sérieuse considération. Le mécanisme suivant lequel chaque méthode produit l'élargissement du canal mérite d'autant plus d'être étudié qu'il peut devenir un motif déterminant dans le choix des moyens. En s'en tenant, comme on le fait généralement, à l'énoncé brut du résultat définitif de l'opération, alors même qu'elle réunit les conditions de l'exécution la plus régulière, on laisse de côté des considérations dont l'importance ne saurait être mise en doute. C'est une regrettable lacune, que je me suis attaché à faire disparaître.

Par les méthodes anciennes, les plus généralement usitées, le but spécial que se propose le praticien est l'élargissement du conduit urinaire, par l'écartement temporaire ou permanent et progressif de ses parois, et l'urètre ainsi dilaté conserve sa forme, sa direction et sa texture normales.

1° Les sondes en permanence, introduites sans effort, et dont on augmente progressivement le volume, exercent, au moment de l'in-

troduction, une action dilatatrice, purement mécanique, à laquelle succède, pendant leur séjour et après leur sortie, une autre action qu'on nomme vitale, qui est démontrée par les changements qui s'opèrent dans la coarctation, et que j'ai indiqués.

2° Par les bougies molles, ou tout autre instrument de dilatation, temporaire et ménagée, introduits chaque jour, et retirés soit immédiatement, soit au bout de quelques minutes, on exerce aussi, mais d'une manière un peu différente, cette double action vitale et mécanique. En effet, ces instruments écartent mécaniquement les parois urétrales resserrées, contractées ; mais après une dilatation momentanée, les tissus peuvent revenir sur eux-mêmes, et ces mouvements quotidiens d'écartement et de resserrement successifs ont pour résultat final de faire cesser la coarctation et de rétablir les propriétés que les tuniques de l'urètre avaient perdues par le fait de la maladie. Ce qui distingue spécialement ces deux modes de dilatation, c'est que, dans le premier, les parois du canal, une fois écartées, ne peuvent pas revenir sur elles-mêmes, et qu'elles sont tenues à distance par un corps étranger : les tissus sont allongés, mais on fait peu pour rétablir leur élasticité. Dans le second, au contraire, l'écartement, faible au début, devient de plus en plus considérable, à mesure que le traitement avance, et dure au plus quelques minutes : il fatigue les tissus et favorise principalement le retour de leur élasticité et de leur dilatabilité.

Mais dans l'un et l'autre mode, les parties ne sont ni violentées, ni meurtries, et encore moins lésées ou déchirées. L'urètre, auquel on a restitué son diamètre normal, se trouve dans le même état qu'avant la maladie. Dans son diamètre, sa forme et l'organisation de ses parois, rien n'est changé.

Par les méthodes nouvelles, au contraire, on se fait aujourd'hui une loi, ou d'user de la force et de la violence pour écarter les parois du canal, resserrées, indurées, transformées, d'où résultent les distensions forcées, des meurtrissures, des lacérations, etc., ou de recourir à l'instrument tranchant pour diviser les tissus malades. Ces deux grandes divisions étant admises, indiquons en peu de mots quel est le mode d'action de chacune des méthodes employées, et de quelle manière le canal est rétabli.

3° Lorsque les sondes, les bougies ou tout autre instrument dilatant ne pénètrent dans la vessie que par l'emploi de la force, les effets produits diffèrent essentiellement. Les parois du canal rétréci, soumises à une violence plus ou moins grande, ne sont pas seulement allongées ou écartées ; elles sont surdistendues, tiraillées,

contuses, déchirées. Un travail réparateur devient nécessaire ; il s'accomplit généralement dans la mesure des désordres opérés. C'est ce qu'on observe dans quelques cas de cathétérisme forcé, de ponction des rétrécissements, etc. Dans les cas d'urétrotomie d'avant en arrière, la division des tissus est substituée à la lacération ; l'opération est plus régulière ; l'incision est faite sur le point que le chirurgien a déterminé d'avance ; on peut même diviser les tissus sans les distendre. On chemine bien quelquefois un peu au hasard, mais moins que dans la ponction ; et l'étendue que l'on donne à la division des tissus malades contribue à rendre plus facile la suite du traitement.

Dans ces divers procédés, le canal perd quelque chose de sa forme, de sa structure primitives ; mais ces effets sont en général peu marqués ; d'abord parce qu'on n'a recours à ces méthodes que pour commencer le traitement, et que la dilatation lente et ménagée, à laquelle on a ensuite recours pour compléter la guérison, tend à rétablir dans leur état normal la capacité du conduit ou la souplesse de ses parois.

Il n'en est pas de même, lorsqu'au lieu de limiter l'emploi des bougies à écarter les premiers obstacles, on veut, à l'exemple de quelques modernes, appliquer, à titre de méthode exclusive de traitement, la dilatation brusque et forcée, de dedans en dehors, par des procédés mécaniques. Les parois urétrales, violemment écartées alors, se rompent, se déchirent dans une étendue proportionnée à la puissance des agents employés. Cette espèce de lacération se fait au hasard et sans guide. Les tissus les plus durs, les plus résistants sont refoulés ; ceux qui le sont moins cèdent, et dès que l'élasticité est à bout, la déchirure commence ; on la sent, on l'entend, sans pouvoir déterminer ni son siége, ni ses limites exactes ; mais les partisans de cette méthode barbare se félicitent de son étendue, disant que l'urètre a désormais perdu sa faculté rétractile.

Relativement aux effets immédiats, le simple énoncé de ce procédé, plutôt mécanique que chirurgical, doit le faire juger.

Quant aux effets consécutifs, le canal, élargi par ce procédé, perd d'autant plus de ses dispositions normales, que la lacération, ordinairement opérée à côté du mal, est plus étendue, plus irrégulière, et que les parois du canal sont plus violemment frappées.

4° Les différentes manières de cautériser l'urètre, dans le but de détruire les rétrécissements, produisent des effets variables, mais non encore parfaitement connus. Tout ce qu'on peut dire, c'est

qu'ils sont généralement plus restreints qu'on ne l'a prétendu. La divergence des opinions exprimées à cet égard prouve qu'on n'est pas définitivement fixé sur l'action de cet ordre de moyens.

5° Dans l'urétrotomie proprement dite, soit de dedans en dehors, soit de dehors en dedans, l'agrandissement du canal résulte moins de l'allongement, de la distension des tissus qui forment la coarctation, que de la division de ces mêmes tissus, dans un sens et dans une étendue qui varient suivant le procédé mis en usage.

Dans la section de dedans en dehors, les parois du conduit qu'on vient d'agrandir sont constituées, pour une faible partie, par la surface du point rétréci sur laquelle n'a pas porté le tranchant, et pour le reste, par les lèvres et le fond de la plaie, qui comprend la membrane muqueuse, le corps spongieux et une quantité de tissu cellulaire proportionnée à la profondeur à laquelle l'instrument a pénétré. C'est du rapprochement et de la combinaison de ces éléments, que paraissent résulter les parois du conduit urinaire après la guérison; mais la forme et la direction du canal diffèrent suivant la manière dont on a procédé. Si l'on n'a fait qu'une seule incision, latéralement, l'élargissement constitue une sorte d'excavation, de diverticulum, et les tissus morbides non divisés conservent, après le traitement, une rigidité d'autant plus grande qu'on a laissé pour ainsi dire intacte la masse indurée qui forme la coarctation, à la partie inférieure de l'urètre, où elle est plus marquée que partout ailleurs, même quand le rétrécissement affecte la forme circulaire.

La multiplicité des incisions, et la manière de traiter le malade après la division des tissus, apportent dans l'état consécutif du canal des différences, à l'égard desquelles l'opinion n'est pas encore fixée.

Après l'urétrotomie de dehors en dedans, avec ou sans conducteur, la déformation de l'urètre, qui ne paraît pas différer essentiellement de ce qu'elle est après la méthode des grandes incisions, mérite aussi d'être étudiée avec le plus grand soin. Mais ici encore les faits bien étudiés manquent, et les opinions ne sont pas définitivement arrêtées. En attendant que l'expérience ait éclairé la question, je présenterai quelques remarques, dans le but de faire ressortir les rapports qui existent entre l'incision interne et l'incision externe, méthodes qui paraissent se partager aujourd'hui le privilége de diviser les rétrécissements réfractaires à la dilatation.

6° Je n'ai pas l'intention de tracer un parallèle complet entre l'urétrotomie interne par la méthode des grandes incisions et l'urétrotomie externe; mais les quelques observations que j'ai à présen-

ter suffiront, je pense, pour mettre en relief les caractères distinctifs de chacune d'elles et les raisons par lesquelles on peut être conduit à accorder, suivant les cas, la préférence à l'une ou à l'autre.

A. Il est prescrit, dans chacune de ces opérations, de diviser tous les tissus malades qui forment la coarctation, et de préserver, autant que possible, les tissus sains de l'action de l'instrument tranchant. Sur ce premier point, les deux méthodes diffèrent notablement. Dans l'urétrotomie interne, les tissus sains ne doivent être intéressés qu'autant qu'il le faut pour rendre complète et régulière la division des tissus malades. Ceux-ci, au contraire, sont sûrement et successivement divisés, dans toute leur étendue, par les procédés et au moyen des instruments que j'ai fait connaître et qui mettent le chirurgien en position d'atteindre le but sans le dépasser.

Dans la section externe, au contraire, non-seulement on divise, sans utilité pour la guérison du malade, les téguments et les tissus sous-jacents qui sont sains, mais encore on n'atteint que très-incomplétement, dans l'étendue voulue, tous les points rétrécis du canal, fait important reconnu par M. Syme lui-même. Sous ce double rapport, l'urétrotomie interne présente un avantage que l'expérience de chaque jour met hors de contestation. Il est impossible d'admettre avec Vidal (Pathologie, t. V, p. 608, que la section externe est plus rationnelle et plus simple, parce que tous les temps de l'opération peuvent être suivis de l'œil et que l'urètre et le rétrécissement sont incisés.

B. Dans l'une et dans l'autre méthode, le malade doit être soumis à un traitement préparatoire, local et général, qui ne diffère pas notablement.

Toujours il faut donner au canal, par les procédés de la dilatation ou de l'incision d'avant en arrière, une lumière suffisante pour admettre, dans un cas, l'urétrotome à olive, et dans l'autre la sonde cannelée, sur laquelle on divisera les tissus.

Dans l'une et l'autre circonstance, chacun reconnaît qu'il y a avantage à ce que l'urètre soit le plus dilaté possible, avant de procéder à l'incision.

Les partisans de la section externe ont cru voir ici une différence en faveur de la méthode de leur choix. Ils ont dit que l'urétrotome à olive étant plus gros qu'une sonde cannelée, il était nécessaire d'obtenir une dilatation préalable plus forte, pour faire l'incision de dedans en dehors. Cette assertion repose sur une fausse interprétation. Ce n'est pas à dilater un peu plus ou un peu moins, ainsi que je l'ai dit, que consiste la difficulté dans ces cas ; ce qui est difficile, c'est

de faire pénétrer les premières bougies, c'est de commencer la dilatation. Une fois qu'elle est suffisante pour le passage de la sonde cannelée, on n'a qu'à placer une petite sonde flexible à demeure, pendant un ou deux jours, et le canal admettra ensuite avec facilité un petit urétrotome à olive. Ainsi tombe le raisonnement, plus spécieux que solide, par lequel on avait cherché à établir une préférence en faveur de la section externe.

Quant à opérer d'emblée et sans traitement préalable, ainsi que le conseillent quelques chirurgiens, c'est une faute dont j'ai fait ressortir les conséquences.

C. On a beaucoup vanté en Angleterre la facilité, la promptitude et la régularité d'exécution dans la section périnéale externe, mais, pour peu qu'on s'éloigne de la brillante pratique du rénovateur de cette méthode, l'opération ne présente plus ces caractères, et l'on aura remarqué que c'est aux fautes commises dans la manœuvre par ses émules que M. Syme attribue les accidents et les dangers qui se sont manifestés trop souvent chez les opérés. M. Henri Thompson a présenté sur ce sujet des remarques très-judicieuses, qui prouvent que la prétendue facilité d'exécution dont on a fait tant de bruit est illusoire.

Quant à l'urétrotomie interne, elle présente au contraire en réalité le caractère d'une opération simple, facile et sûre qu'on avait attribué à tort à la section externe. Ici, en effet, on constate, au moment même d'opérer, le nombre et l'étendue des points sur lesquels doit porter la lame tranchante, et l'urétrotome à olive est construit de manière à n'atteindre que les tissus qu'il est réellement indiqué de diviser. L'étendue et la profondeur de l'incision sont réglées d'avance, et ne sauraient dépasser les limites fixées, sans déviation des règles prescrites; car on doit se rappeler que la précision et la sûreté de la manœuvre résident spécialement dans le mécanisme des moyens d'action. Si le chirurgien connaît parfaitement les instruments et la manière de les employer, il n'y a pas de méprise possible. Sous le rapport de l'exécution, les deux opérations diffèrent donc essentiellement, et la supériorité de l'urétrotomie interne ne saurait être contestée [1].

D. Dans le traitement consécutif, on avait cru remarquer entre les deux méthodes certaines différences qui semblaient favorables à

---

[1] L'habitude exerce une grande influence sur le choix des méthodes. Les chirurgiens qui en connaissent une plus particulièrement continuent de l'appliquer, par la raison seule que les autres ne leur sont pas aussi familières ou qu'ils n'ont pas été en position de les apprécier; et par contre, ils appliquent

la section externe. On a bientôt reconnu qu'on s'était mépris, en prenant pour terme de comparaison la pratique de M. Reybard, qui a donné à ce traitement un caractère peu rassurant. J'ai démontré en effet, de manière à ne laisser subsister aucun doute, que les explications données par le chirurgien de Lyon ne sont pas acceptables et que la nature et la multiplicité des soins qu'il prescrit et qu'il applique avec tant de persévérance, après avoir divisé les tissus, au lieu de constituer une pratique rationnelle, deviennent au contraire les sources des plus graves désordres.

D'un autre côté, les partisans de la section périnéale externe se sont aperçus qu'ils ne s'occupaient pas assez du traitement consécutif, et ils ont enfin compris la nécessité d'y recourir pour achever et consolider la guérison.

E. Les deux méthodes diffèrent notablement encore, sous deux rapports fort importants que je me borne à indiquer ici.

En premier lieu, la section périnéale externe ne saurait s'appliquer à tous les rétrécissements qui peuvent exister simultanément dans l'urètre, parce que je ne suppose pas qu'on veuille ou fendre ce canal dans toute son étendue, ou y pratiquer une série de fenêtres, dans le but d'atteindre séparément chaque coarctation. Or, il est très-commun de rencontrer des rétrécissements multiples, distants ou rapprochés, et plus ou moins développés chez le même malade. Dans cette série de cas, l'application de l'urétrotomie externe est donc fort restreinte ou impossible, tandis que l'urétrotomie interne remplit exactement les intentions de l'opérateur, en lui donnant la facilité d'atteindre successivement tous les points malades, sans autre inconvénient que de prolonger le traitement. Il est vrai que, dans les cas compliqués de pierre, de tumeur périnéale, de fausse route, la section externe offre des avantages qu'on ne retrouve pas dans l'urétrotomie interne.

En second lieu, après les grandes incisions internes, les plaies sont soustraites à l'action de l'air et, à l'exemple des sections sous-cutanées, elles se cicatrisent promptement et sans suppuration notable, presque toutes les fois qu'il n'existe pas de complications, que

---

généralement la méthode de leur choix avec une précision, une facilité et une perfection qui séduisent et qui lui font souvent des prosélytes.

J'ai vu un grand nombre de chirurgiens étrangers, qui avaient adopté la section périnéale externe, qu'ils croyaient de beaucoup supérieure à l'interne ; il leur a suffi de me voir appliquer la méthode des grandes incisions pour comprendre qu'elle est de beaucoup préférable. Dès ce moment, ils n'ont plus opéré autrement.

l'opération est bien faite, et que l'on ne tourmente pas le malade par des manœuvres imprudentes.

C'est là une circonstance capitale qu'on ne saurait négliger, car elle exerce une influence non contestable sur la marche et le résultat de l'opération. Si les phénomènes généraux et les accidents locaux sont peu graves, même à la suite des incisions intra-urétrales très-longues et très-profondes, c'est à elle qu'il faut spécialement l'attribuer.

Dans la section externe, au contraire, la plaie subit toutes les influences de l'air et de ses modificateurs spéciaux. Le travail de réparation est plus lent, plus complexe, et s'accompagne plus souvent de phénomènes généraux, notamment de la résorption purulente, qui est si fréquente et si souvent funeste dans les observations publiées en Angleterre.

Mais je dois répéter, en terminant, que la science n'est pas entièrement faite, et que la pratique n'a pas dit son dernier mot relativement à l'urétrotomie soit interne, soit externe. Dans tout ce qu'on a écrit sur ce point, il faut faire la part de l'exagération à laquelle échappent rarement les promoteurs de toute méthode nouvelle. C'est pour ce motif, et aussi parce que les faits pratiques complets ne sont pas assez nombreux, que je remets à un autre temps un parallèle plus étendu entre ces deux opérations, eu égard à leurs résultats définitifs.

CIVIALE.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité élémentaire et pratique de pathologie interne, par A. GRISOLLE, professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'Hôtel-Dieu et du lycée impérial Napoléon, membre de l'Académie impériale de médecine. — Septième édition, revue et augmentée.

De tous les livres contemporains destinés à l'enseignement écrit de la science médicale pratique proprement dite, l'ouvrage de M. le professeur Grisolle est sans contredit celui dont la fortune a été la plus brillante. La cause de cette fortune exceptionnelle doit être recherchée à la fois, et dans la manière large, indépendante, dont l'auteur a conçu son sujet, et dans la forme heureuse dont il a su le revêtir. « La pathologie, dit M. Grisolle avec M. le professeur Chomel, ne traite plus seulement de la classification des maladies, de leurs causes, de leurs symptômes et de leurs signes, mais elle comprend encore dans son domaine leur siége, les phénomènes qui les précèdent et les suivent, leur marche, leur durée, leurs modes

de terminaison, leur retour, leurs formes diverses, leurs complications, les lésions qu'elles apportent dans la texture des organes, leur traitement préservatif et curatif, ce qui, en effet, constitue tout autant de points essentiels de leurs histoire. » M. Grisolle, pas plus que son illustre maître, n'a sans doute inventé ces catégories philosophiques, pour parler un instant le langage du philosophe de Stagyre, ces points de vue divers, auxquels la maladie doit être tour à tour étudiée, pour être conçue dans la généralité de l'idée qui la représente; mais si tous les pathologistes, aujourd'hui au moins, donnent cette large base à leurs études dans leurs prolégomènes, il en est bien peu, il faut en convenir, qui se montrent fidèles à ce magnifique programme dans l'application. Ce serait nous engager dans une voie, qui nous éloignerait beaucoup du but modeste que nous nous proposons ici, que de rechercher les causes de ce désaccord entre la préface et les livres : contentons-nous d'en indiquer la principale. Bien qu'à l'heure qu'il est de la science, tous, ou presque tous les médecins comprennent la part considérable qui doit être faite à l'observation dans l'édification de celle-ci, il en est peu qui se montrent constamment fidèles à cette méthode, dans les travaux auxquels ils se livrent en vue du perfectionnement, ou simplement de l'enseignement didactique de la médecine. Suivant les tendances de leur esprit, et, plus souvent encore, suivant la spécialité des études auxquelles ils se sont voués, la plupart des observateurs, de ceux-là même qui posent l'observation comme méthode unique de la science, la plupart des observateurs, disons-nous, concentrent leur attention sur un certain ordre de faits, et ne portent qu'un regard distrait sur les phénomènes qui dérivent d'une source différente. Etant données l'infirmité et les défaillances de l'esprit de l'homme, ce morcellement de la science est peut-être nécessaire; mais nécessaire ou non, il est évident qu'une science complète ne peut sortir de ces points de vue restreints. En suivant cette direction, nous arrivons à une science anatomique, si je puis ainsi dire, à une science chimique, à une science étiologique, pronostique, mais nous n'arrivons pas à saisir toutes les réalités de la science, nous n'arrivons pas à la science, dont la pratique vit de tout autre chose que d'unités spéculatives.

Dans son enseignement écrit, comme dans son enseignement parlé, M. Grisolle a su échapper, à force de bon sens, à tous les excès de cette logique plus profonde en apparence qu'en réalité. Eclectique, probablement sans se l'avouer, et cet éclectisme vaut peut-être mieux que l'éclectisme purement systématique, qui semble

s'endormir un peu dans l'embrassement de *sa vérité*, le professeur de thérapeutique à la Faculté de médecine de Paris accepte et classe méthodiquement dans son livre toutes les vérités, d'où qu'elles viennent. L'anatomie, la microscopie, la chimie, sont aussi bienvenues de lui que l'observation délicate, profonde, de la vie morbide, si elles lui apportent des résultats dont puisse bénéficier la science. Nous n'ignorons pas que pour certains esprits la science n'est point là; elle est toute dans les principes qui gouvernent les phénomènes : mais quels sont ces principes, et comment, une fois posés, la pratique s'en déduit-elle, y puise-t-elle les enseignements qui commandent et dirigent l'art? Voilà ce qu'il faudrait déterminer, au lieu de se perdre dans le nébulisme d'un parlage stérile. Esprit droit et judicieux, M. Grisolle sait bien que la science n'est pas toute dans les phénomènes; mais il étudie attentivement ces phénomènes, pour en faire sortir les enseignements que doit nécessairement apporter à l'intelligence l'étude des causes immédiates qui les déterminent, ou qui les modifient quand ils sont produits, comme l'observation de l'ordre suivant lequel ils se succèdent. Une telle méthode n'engendre que le scepticisme, dites-vous : mais entendons-nous, et, pour cela, commençons par ne pas nous payer de mots. Cette accusation, depuis la fameuse diatribe de Bichat contre la thérapeutique, traîne dans tous les livres de l'école dont nous parlons; et que signifie-t-elle? La presque universalité des médecins est sceptique, si c'est là du scepticisme : suivez-les cependant dans leur pratique et voyez si ce scepticisme les laisse inactifs devant la maladie. Toutes ces violences de langage, tous ces excès de polémique ne font rien, n'empêchent rien, et surtout ne font pas faire un pas à la science. Il y a, voyez-vous, au fond de l'intelligence humaine un instinct de vie, si nous pouvons ainsi dire, qui se joue de toutes les entraves qu'une logique fantaisiste voudrait lui imposer, et qui nous pousse à l'action. Retenons-le bien, le bon sens est de la même famille que le génie, et l'un n'égare pas plus que l'autre. Mais en voilà assez, trop peut-être, sur une question où tous les jours nous voyons compromettre des idées saines, en les poussant jusqu'à l'exagération : félicitons tout simplement M. le professeur Grisolle de s'être tenu dans cette voie de la vérité possible et réalisée; et essayons d'indiquer succinctement la marche qu'il a suivie pour composer le traité élémentaire et pratique de pathologie interne le plus substantiel et le plus complet qu'il y ait aujourd'hui dans la littérature médicale.

Nous ne donnerons point, à proprement parler, une analyse de

ce livre, et cela pour deux raisons : c'est, d'abord, qu'un ouvrage parvenu en peu d'années à sa septième édition n'en a pas besoin; et ensuite qu'il nous serait impossible, dans le peu d'espace qui nous reste, d'énoncer seulement les questions sans fin, agitées dans un traité de pathologie qui comprend près de deux mille pages compactes. Au lieu de cette analyse impossible, nous préférons résumer brièvement la pensée de l'auteur, en la suivant dans chacune des grandes divisions classiques où, à propos de chaque maladie, il expose dans son style clair et correct les principaux enseignements de la science pratique.

Quand, à son point de vue, la tradition peut être utilement interrogée sur une maladie dont il va tracer l'histoire, M. Grisolle n'hésite point à résumer succinctement ce que nous apprend cette tradition sainement interprétée. Comme spécimen de cet ordre de notions, dont on comprend mieux l'importance à mesure qu'on vieillit, et qu'on sent peu à peu s'apaiser l'enthousiasme des jours crédules, nous citerons l'historique fort bien fait que l'auteur a placé avant l'histoire des maladies syphilitiques. Nous mettrons sur la même ligne l'historique succinct, mais substantiel, qui est en tête de l'histoire de la spermatorrhée. Nous regrettons que M. Grisolle, avec le talent d'exposition qu'il possède, n'ait pas enrichi plus souvent son ouvrage de notions de cet ordre. Requin, dans son livre, lui avait donné, à cet égard, un exemple qu'il eût bien fait de suivre plus fréquemment. Son jugement sûr lui eût fait éviter l'écueil où celui-ci s'est brisé : il a romancé l'histoire de la science, à force de la revêtir des formes risquées de son style excentrique. Quoi qu'il en soit à cet égard, après cet historique, quand l'auteur croit devoir l'esquisser, viennent successivement les paragraphes consacrés à l'anatomie pathologique, à la symptomatologie, à la marche et aux terminaisons des maladies, au diagnostic, au pronostic, à l'étiologie, et enfin au traitement. C'est le moule où se coule toute monographie, et nous n'avons rien à en dire. Mais comment ce cadre est-il rempli en général ? voilà ce que nous allons essayer d'esquisser rapidement.

Bien que tenant en grande estime les données fournies par l'anatomie pathologique, M. le professeur Grisolle ne fait point de l'amphithéâtre le sanctuaire, le Patmos de la science. Il sait que les inspirations, que quelques-uns ont exclusivement puisées là, ont fait une science dangereuse, dont les applications rigoureuses ont largement concouru à déprécier l'art aux yeux des populations. Il s'efforce de faire la part de la vérité et de l'erreur, dans les interpré-

tations qui ont été données successivement des résultats importants dus à l'anatomie pathologique, et, nous devons le dire, tout cela est en général sainement jugé, exactement apprécié.

Les symptômes, la marche et la terminaison des maladies sont également étudiés avec un soin particulier; et cette étude prépare heureusement une étude non moins intéressante, celle du diagnostic et du pronostic. La diagnose est incontestablement une des parties de la science qui, depuis quelque vingt ans, a fait le plus de progrès. C'est là une des bases fondamentales de toute thérapeutique rationnelle, et en dehors de laquelle on ne fait que de la thérapeutique de hasard. M. Grisolle s'est appliqué sur ce point à rendre la science accessible à tous : quand ce diagnostic ne résulte pas de la simple exposition méthodique des symptômes, il en fait un article spécial, où il discute la signification de chaque groupe symptomatique, et dans cette discussion claire, lumineuse, on voit, autant que l'état de la science le permet, le diagnostic se dégager des obscurités qui, si souvent, laissent l'esprit incertain.

Arrive enfin le traitement des maladies : quels que soient les progrès de la science dans notre dix-neuvième siècle, on ne peut dissimuler que ce ne soit là surtout que se remarquent les plus grandes et les plus regrettables lacunes. On ne peut demander à un ouvrage élémentaire de pathologie, quelque complet qu'il soit dans sa rigoureuse précision, les vues neuves, originales, d'où peut sortir un progrès sur ce point. Non-seulement un ouvrage de cet ordre ne saurait se prêter à de telles conceptions sans manquer le but essentiel qu'il se propose, mais il serait dangereux qu'il s'y prêtât. Ces idées *à priori*, ces inductions de l'expérience qui courent ainsi en avant et préparent le progrès, sont malsaines à la pratique vulgaire, parce qu'elles font appel à la témérité. Ce qu'un traité élémentaire et pratique de pathologie interne doit faire à cet égard, c'est de se tenir scrupuleusement dans les limites des médications qu'une expérience cent fois répétée a consacrées. Aussi prudent dans l'institution de la thérapeutique qu'appelle chaque maladie, que sagace à en établir les indications fondamentales, M. Grisolle ne sort jamais ici d'une sage circonspection. Que le lecteur qui voudrait s'édifier à cet égard lise les chapitres consacrés au traitement de la fièvre typhoïde, du croup, de la pneumonie, etc., etc., et ces lectures partielles suffiront pour le convaincre que c'est là le caractère principal dont est marqué le livre du savant professeur de thérapeutique.

Si, au lieu d'étudier ainsi de haut l'ouvrage de M. Grisolle, nous l'avions émietté dans une analyse, où tour à tour nous eussions in-

terrogé l'auteur sur chacune des maladies qu'il traite, nous n'aurions sans doute pas laissé passer sans critique quelques-unes de ses solutions ; mais nous l'avouerons en même temps, le bon sens supérieur de M. Grisolle qui se montre partout, et qui le guide, et lui permet de toujours guider si sûrement, nous eût fait hésiter nous-même dans cette critique. Nous avons échappé à ce danger ; c'est heureux pour nous, mais plus heureux encore pour les lecteurs de cet article, qui liront sans prévention un ouvrage d'une exécution parfaite, et ne lui marchanderont pas un assentiment qu'il mérite à tant de titres.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Essais d'injections d'une solution de chlorate de soude dans les bronches des enfants affectés du croup. — L'introduction de la trachéotomie dans le traitement du croup a été un des progrès thérapeutiques les moins contestables de notre époque ; aussi, aucune des pratiques, même les plus minutieuses, du moment où son emploi peut avoir pour résultat de concourir à assurer la réussite de cette ressource extrême de l'art, ne saurait être indifférente. Cette opération était venue créer tout d'abord un danger en permettant à l'air extérieur de pénétrer trop directement dans les poumons ; mais M. Trousseau a paré en grande partie à cet accident, en faisant envelopper le cou des petits malades avec une cravate de gaze. L'air, s'échauffant pendant son trajet à travers le tissu, ne provoque plus ces phlegmasies secondaires qui souvent venaient détruire les chances créées en faveur des petits opérés. Malgré ce secours des plus importants, la toux devient quelquefois sèche et fatigante et l'expectoration des mucosités cesse. Ce symptôme est d'un fâcheux augure ; dans le but d'y remédier, M. Barthez fait injecter dans les bronches de ses petits malades, dès qu'ils présentent ce caractère particulier de la toux, quelques gouttes d'une solution de chlorate de soude. L'idée qui a conduit ce médecin à donner la préférence au chlorate à base de soude sur celui à base de potasse repose sur le fait de la solubilité plus grande des fausses membranes dans une solution du premier sel. Nous venons de voir dans les salles de l'hôpital Sainte-Eugénie les trois petits malades sur lesquels on avait tenté ce premier essai, et nous devons dire que leur état s'est amendé depuis qu'on leur pratique ces instillations.

Dans la tentative thérapeutique de M. Barthez, il y a deux choses

à considérer : l'instillation et le liquide médicamenteux employé. Le fait de l'instillation n'est pas une pratique nouvelle, et l'on sait que M. le professeur Trousseau, aux efforts duquel la thérapeutique du croup doit de si précieux enseignements, avait eu l'idée de profiter de la voie ouverte à la trachée pour agir topiquement sur la muqueuse des bronches. Il a débuté par injecter un peu d'eau pure, puis il lui a substitué quelques gouttes d'une solution de nitrate d'argent. Le résultat n'a pas répondu à son attente, et il n'est resté de ses essais que la pratique de la projection de l'eau pure, dont les bons résultats étaient incontestables.

L'addition du chlorate de soude est-elle destinée à ajouter beaucoup à l'efficacité de ce moyen ? Si l'on songe à la minime quantité d'agent médicamenteux contenue dans ces quelques gouttes du liquide instillé, et si l'on réfléchit que ces quelques gouttes elles-mêmes sont immédiatement chassées par les efforts de la toux que leur introduction provoque, on est autorisé à trancher la question par la négative. Ajoutons toutefois que les résultats dont nous avons été témoin avec les instillations médicamenteuses ont été aussi manifestes que celles avec l'eau pure ; ainsi les essais de M. Barthez nous auront surtout fourni l'occasion de rappeler l'attention des médecins sur cette pratique trop négligée.

Un point non moins important est de maintenir toujours un certain degré d'humidité dans l'atmosphère de la chambre où sont placés les enfants qui ont subi la trachéotomie. Rien de plus facile, d'ailleurs, que de remplir cette indication : il suffit de tenir un vase rempli d'eau sur une lampe à alcool.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Alcalins. *Leur emploi en fomentations dans quelques maladies de la peau.* Rien de mieux établi que les bons effets de cette médication dans le traitement de certaines affections de la peau ; mais, en France, nous n'avons recours qu'aux bains, tandis que nous voyons nos voisins préférer de beaucoup les fomentations. Ainsi, récemment nous rapportions le témoignage de M. Behrend à l'appui des fomentations alcalines contre les eczémas chez les enfants. Dans un travail sur les traitements des maladies de la peau employés à Edimbourg, nous voyons M. Bennett recommander aussi cette forme médicamenteuse contre l'eczéma aigu ou chronique chez l'adulte. Le traitement local le plus efficace, dit cet auteur, consiste à appliquer sur les parties affectées des gâteaux de charpie ou des compresses imbibées d'une solution alcaline faible (2 grammes de carbonate de soude pour 360 grammes d'eau). On empêche l'évaporation en recouvrant le tout de taffetas gommé, car il est essentiel, pour la réussite du traitement, que la partie malade soit constamment humectée. La même pratique est utile contre toutes les formes d'impétigo, même dans les cas opiniâtres, où cette maladie prend chez

les hommes la forme de la mentagre. Ici surtout, il importe que la partie malade soit toujours humectée. De même dans les pemphigus et l'ecthyma ; dans cette dernière affection, comme elle revêt le plus souvent la forme cachectique, un régime tonique doit venir en aide aux fomentations alcalines. (*Edinb. med. Journ.*, 1857.)

Apoplexie nerveuse. *Fréquence des affections des reins dans cette forme d'apoplexie. Conséquences pratiques de cette relation.* A l'occasion d'une observation récemment publiée dans le Journal de médecine et de chirurgie pratiques, sous le nom d'*apoplexie nerveuse foudroyante*, diagnostic posthume auquel on était arrivé d'après l'état d'intégrité du cerveau et de ses enveloppes, constaté à l'autopsie, M. le docteur Picard, de Guebwiller, en rappelle une tout à fait semblable, qu'il a publiée dans sa remarquable dissertation inaugurale sur l'urée dans le sang, soutenue en 1856 devant la Faculté de médecine de Strasbourg. Dans le fait de M. Picard, comme dans celui auquel il est fait allusion, il s'agissait d'un homme d'une constitution athlétique, d'un tempérament sanguin, ayant eu, dans l'espace de vingt-quatre heures, plusieurs accès épileptiformes, dont le dernier se termina par la mort. L'examen du crâne permit de constater une intégrité parfaite de la substance cérébrale; de sorte qu'on aurait pu croire qu'on avait affaire à une apoplexie nerveuse. Mais une autopsie plus minutieuse révéla de l'albumine dans les urines, de l'urée dans le sang (0,09 p. 100), et une altération très-avancée des reins. Aussi, notre savant confrère admet-il que cet homme avait succombé à une urémie résultant de l'arrêt ou de la diminution de la sécrétion urinaire.

Or, il est bon de savoir, pour la question qui nous occupe (on verra tout à l'heure qu'elle entraîne les conséquences pratiques les plus importantes), que le fait de M. Picard n'est pas un fait isolé, exceptionnel; qu'il n'est même pas rare d'en rencontrer de semblables dans la pratique. Voici, en effet, l'énoncé de sept observations de même genre que M. Picard a rapportées dans sa thèse :

1° Homme de quarante-neuf ans, mort à la suite de convulsions épileptiformes.—Cerveau normal, urines albumineuses, reins atrophiés, décolorés.

2° Femme de trente-sept ans, morte subitement, à la suite d'un état comateux. — Rien du côté des centres nerveux : urines albumineuses, reins atrophiés.

3° Fille de vingt-quatre ans, morte à la suite de convulsions. — Pas de lésion des centres nerveux, urines albumineuses, reins atrophiés

4° Homme de trente-cinq ans, mort à la suite de convulsions. — Rien du côté des centres nerveux. Reins augmentés de volume, urines contenant de l'albumine, des cylindres fibrineux et de l'épithélium.

5° Homme de vingt-cinq ans, mort à la suite d'accidents cérébraux apoplectiformes. Pas d'autopsie.— Urines albumineuses, urée dans le sang, 0,11 p. 100.

6° Femme de vingt-cinq ans, morte subitement.—Cerveau normal, altération notable des reins, albumine dans l'urine, urée dans le sang, 0,53 p. 100.

7° Fille de vingt-huit ans, morte subitement.—Rien de particulier dans la cavité cranienne, altération des reins, urée dans le sang, 0,041 p. 100, pas d'urine dans la vessie.

On peut se demander, avec M. Picard, si la plupart des observations consignées dans les auteurs, sous le titre d'apoplexie nerveuse, ne seraient pas en réalité des faits du même ordre que ceux dont il vient d'être question, et que l'on n'aurait pas manqué évidemment de qualifier ainsi, si l'on se fût borné à considérer l'intégrité de l'axe cérébro-spinal, et si l'on n'eût point procédé à un examen minutieux des solides et des humeurs, particulièrement du sang et des urines.

On ne saurait donc trop insister, dans les cas douteux au moins, sur l'utilité de l'examen des urines; car ce sera d'après le résultat de cet examen qu'on pourra juger de l'opportunité ou de l'inopportunité des saignées, des stimulants directs du système nerveux, ou des toniques généraux et des médicaments reconstitutifs du sang. C'est ainsi qu'un de nos confrères frappé d'hémiplégie et qui avait été saigné d'abord, dans la pensée qu'on avait affaire à une congestion cérébrale, et qui avait été ensuite soumis à l'usage de la noix vomique, en vue de l'hypothèse d'une apoplexie nerveuse, le tout sans aucun résultat, ne fut guéri qu'après avoir fait usage du fer à haute dose, d'après les indications fournies par l'examen des urines, qui révéla l'existence d'une albuminurie. (*Journal de méd. et de chir. prat.*, février 1858.)

Chlorate de potasse. *Son action topique sur les ulcères et les gerçures du sein.* Depuis un certain temps, le docteur Hutchinson, chirurgien de l'hôpital métropolitain de Londres, expérimente l'action topique du chlorate de potasse sur les ulcères de mauvaise nature. Dans la plupart des cas, ce mode de traitement lui a paru très-efficace et hâtant beaucoup la cicatrisation. Les bons effets lui ont semblé manifestes, surtout dans les cas d'ulcères des jambes, de plaies rebelles des bubons et de gerçures du sein. — Le chlorate est employé en poudre très-fine; on en étend une couche très-mince sur toute la surface de la plaie. Son application provoque, pendant les premiers instants, une douleur assez vive; mais elle ne tarde pas à se dissiper. — Nous recommanderons surtout l'essai de cette action dans les cas de gerçures du sein. On sait en effet combien ce genre de lésion occasionne de douleurs vives aux femmes qui allaitent et combien ce léger traumatisme est fréquemment le point de départ de mastites, d'engorgements laiteux. La plupart des moyens conseillés pour triompher de ces gerçures comptent de nombreux insuccès; si l'emploi du chlorate de potasse réalise la promesse que ses premiers essais laissent concevoir, ce sera un service véritable rendu à la pratique. (*The Lancet*, décembre 1857.)

Chlorate de soude; *ancienneté de son emploi médical.* En parcourant les Ephémérides de Montpellier. M. le docteur Massart est tombé par hasard sur un article intitulé : Emploi du chlorate de soude. Ce titre, dit notre confrère, ne pouvait manquer de fixer vivement mon attention, chaque jour attirée par la presse médicale sur les effets thérapeutiques du chlorate de soude. Voici cet article digne d'intérêt, ne fût-ce qu'à titre de donnée historique. « Le docteur Darling annonce qu'il a employé avec beaucoup de succès le chlorate de soude dans un grand nombre d'affections cutanées. Ainsi ce moyen a été utile dans toutes les maladies chroniques de la peau contre lesquelles on a recommandé les lotions stimulantes. Ses bons effets ont été plus remarquables encore dans de semblables affections des membranes muqueuses de l'œil, de la bouche, du vagin. Mis en usage dès le commencement des salivations causées par le mercure, il en arrête bientôt les progrès, et, dans le cas où la salive coule en grande abondance, où des ulcérations étendues et des douleurs intenses privent le malade de sommeil. au bout d'un petit nombre d'heures, il amène du calme, borne les progrès de la maladie et procure du repos au malade.

« Les affections inflammatoires et les irritations de la membrane muqueuse du vagin cèdent à ce moyen, plus aisément qu'à aucun autre, dit M. Darling. Une femme de trente-six ans, mère de cinq enfants, enceinte de sept mois, fut tout à coup, sans cause connue, affectée de prurigo aux parties de la génération et souffrait au delà de toute expression. Des purgatifs, des saignées locales, l'acétate de plomb, l'acide nitrique, le calomel, l'eau de chaux unie au sublimé, une foule d'autres lotions et divers onguents furent employés sans le moindre avantage. La situation de la malade était des plus pénibles, elle ne dormait pas depuis huit jours. On eut recours alors au chlorate de soude, et, au bout de deux heures, la malade fut tellement soulagée qu'elle put enfin jouir d'un sommeil réparateur. Le prurit se fit encore sentir par intervalle pendant plusieurs jours, mais le même moyen en triompha radicalement au bout d'une semaine. »

Il y a entre l'action topique signalée par l'auteur anglais et l'usage intérieur qu'en a conseillé M. Herpin toute la distance qui sépare un modificateur local d'un agent spécifique.

L'innocuité plus grande des sels de soude, en général, et la solubilité plus grande du chlorate de cette base en particulier, nous ont engagé depuis longtemps déjà à faire préparer ce sel par plusieurs fabriques de produits chimiques : le chlorate de soude existe donc aujourd'hui dans le commerce. Nous avions même provoqué quelques essais dans les hôpitaux en distribuant quelques échantillons; mais la pharmacie centrale des hôpitaux a refusé de fournir le nouveau sel, qui coûte en effet un peu plus cher que le chlorate de potasse. Grâce à la générosité de la pharmacie centrale des hôpitaux, les essais cliniques sont repris, et nous pourrons prochainement, joignant les résultats de ces expérimentations à ceux que nous avons obtenus, dire les avantages que présente l'administration de l'un de ces sels. (*Revue de Thérapeutique méd.-chir.*, janvier 1858.)

Corps étranger *pénétrant dans l'œil (fragment de capsule fulminante);*

extraction; guérison. Le fait suivant, tiré de la pratique de M. le docteur Doumie, vient à l'appui des idées émises par M. le docteur Guépin, de Nantes, sur la curabilité de certaines opacités de l'appareil cristallinien. Un enfant, s'amusant à faire partir des amorces fulminantes avec un fusil, reçoit dans l'œil droit un fragment d'une de ces capsules ; le corps étranger déchirant la cornée dans son tiers inférieur, va s'implanter dans le tissu de la partie correspondante de l'iris ; bientôt se développent des accidents inflammatoires violents, iritis intense, avec un vaste hypopyon. Le corps étranger est extrait le 5 janvier, trois jours après l'accident ; en même temps un traitement antiphlogistique énergique est administré. Sous l'influence de ce traitement, l'ophthalmie traumatique cède rapidement. L'hypopyon ayant totalement disparu, on reconnaît une synéchie antérieure, accompagnée d'une opacité blanchâtre du tiers inférieur de l'appareil cristallinien. Quelle est la nature de cette opacité? Une cataracte capsulaire, une irido-cristalloïdite traumatique, avec épanchement de fibro-albumine à la surface de la cristalloïde antérieure, ou simplement un dépôt de pus concret sur cette membrane? C'est ce que l'examen ophthalmoscopique même n'a pu démontrer. On sait d'ailleurs que l'ophthalmoscope aide bien peu dans l'examen des opacités situées dans les parties antérieures de l'œil, et que la lumière naturelle réfléchie simplement par un miroir éclaire beaucoup mieux les opacités que la lumière artificielle. Quoi qu'il en soit, il y a une opacité de la partie inférieure de l'appareil cristallinien, et la vue en est gênée lorsque la pupille est largement dilatée. En vue de faire disparaître cette opacité, résultat évident du traumatisme et de l'inflammation, l'iodure de potassium est administré à l'enfant, dont la constitution du reste est scrofuleuse ; tous les deux jours, quatre ventouses sont appliquées à la nuque et entre les épaules. Le 16 février, c'est-à-dire après un mois du traitement iodé, l'opacité cristalloïdienne a complétement disparu, et le petit malade peut lire couramment et sans fatigue le caractère d'imprimerie le plus fin, correspondant au numéro 1 de Jæger. (*Union méd.*, fév. 1858.)

Diabète (*Sur les avantages du régime mixte dans le traitement du*). Le traitement du diabète a été institué suivant les vues physiologiques et doctrinales d'après lesquelles les médecins ont été guidés, par les uns au point de vue chimique, par d'autres au point de vue physiologique ou dynamique, par d'autres, enfin, au point de vue purement empirique. Les premiers ont la prétention de brûler, par les alcalins confiés à la circulation, la glycose qui se trouve dans les urines. D'autres, remontant plus loin dans l'enchaînement des phénomènes physiologico-pathologiques qui constituent le diabète, cherchent à prévenir la formation du sucre en excès, en privant l'économie de tout aliment féculent susceptible de subir dans le sein de l'organisme la transformation saccharine. De là, les deux principales méthodes en usage, la méthode alcaline exclusive et la méthode d'abstinence de tout aliment féculent.

Voici, à l'égard de ces deux méthodes, l'appréciation d'un médecin pour qui le résultat pratique est la première de toutes les considérations. M. le professeur Trousseau ne conteste pas que les alcalins diminuent la quantité de glycose, du moins dans une certaine proportion. Ainsi, si un individu qui commence à être glycosurique prend du lait de magnésie ou de chaux, du bicarbonate de soude ou de l'ammoniaque, et s'il joint à cette médication alcaline un exercice actif, la glycosurie diminuera chez lui ; mais la glycosurie est-elle ancienne et bien enracinée, non-seulement les alcalins sont alors inutiles, mais ils auraient même pour conséquence d'altérer profondément la constitution.

M. Trousseau a donné en pareils cas à des malades 5, 6, 8, 15, 20 grammes de bicarbonate de soude par jour. Sous l'influence de ces doses énormes, les urines ont pesé 2 à 3 degrés de moins à l'aréomètre ; il y a eu, par conséquent, amélioration ; mais à côté de ce résultat peu important, on a vu invariablement l'appétit se perdre, la diarrhée survenir et les forces s'altérer, en sorte que le préjudice apporté à la santé générale n'étant pas compensé par le bénéfice obtenu du côté de la glycosurie, M. Trousseau a renoncé, après plusieurs essais infructueux, à l'emploi du bicarbonate de soude. Il a recours, en ce cas, à l'eau de Pougues, dont les malades ont pris jusqu'à cinq bouteilles par jour ; les premiers jours, cette médication a produit quelque bien-être, mais au bout de quinze jours, la glycosurie a repris ses proportions primitives, et l'état de

l'estomac a semblé moins bon qu'au début du traitement.

En présence de l'insuffisance de l'eau de Pougues, M. Trousseau a passé au régime alimentaire. Il a prescrit, conformément à la méthode, le régime des viandes, du pain de gluten, des crucifères, du vin pur. Sous l'influence de ce mode d'alimentation, la quantité de glycose a un peu diminué en effet, mais jamais le poids de l'urine n'est descendu au dessous de 1032. Le régime animal et azoté n'a donc encore rien produit de bien remarquable du côté de la glycosurie. En revanche, on a vu le dégoût s'emparer des malades, les digestions languir, les forces se déprimer, la vue s'affaiblir. Aussi, M. Trousseau, convaincu dès lors qu'il y avait plus d'inconvénients que d'avantages à persister dans ce mode de traitement, s'est-il décidé à abandonner cette voie et à se relâcher de la rigueur du régime. Il a permis l'usage d'un peu de pain ordinaire, et s'il y a eu un peu plus de glycose dans l'urine, les fonctions digestives se sont faites d'autre part avec moins de difficulté Quelques malades prenaient en dégoût le vin pur et en étaient incommodés; ils se sont mieux trouvés de boire du vin coupé avec de l'eau de Seltz.

Enfin, après huit mois d'essais, M. Trousseau a acquis la conviction que le régime mixte était généralement plus convenable dans la glycosurie que le régime exclusivement azoté; que si la viande devait entrer en proportion dominante dans ce régime, il était avantageux de lui adjoindre un peu de fécule, des fruits de la saison et des végétaux frais, parmi lesquels les choux et autres crucifères avaient toujours une efficacité spéciale Il a pu s'assurer également que les toniques, tels que le quinquina et le fer, étaient supérieurs aux alcalis, et que par la même raison les eaux de Spa et de Forges devaient être préférées ici aux eaux de Pougues et de Vichy.

Il ressort des essais de M. Trousseau cette conséquence pratique qu'il importe de ne pas perdre de vue dans le traitement du diabète, c'est que les diverses médications qui ont été préconisées en vue de certaines idées théoriques, n'ont pas tous les avantages qu'on leur a attribués, et qu'elles ont en outre des inconvénients que la théorie n'avait point prévus. Ainsi, dans la méthode diététique, non-seulement l'abstinence du pain est un des plus grands sacrifices que l'on puisse exiger de la part des malades; au point qu'il en est qui ne peuvent pas s'y astreindre; mais on a vu encore que le régime exclusivement animal était loin d'être sans inconvénient. L'addition des toniques, permettant de se démettre de cette rigueur dans la diététique, est donc une précieuse indication à saisir. N'oublions pas qu'ici comme toujours, il faut se guider d'après l'expérience, avant tout, et que le traitement et le régime doivent toujours être réglés d'après ce principe si sage formulé par les anciens : *A juvantibus et lædentibus fit indicatio.* (*Journ. de méd. et de chir. prat.*, février 1858.)

Gutta-percha (*Plaie perforante de la voûte palatine guérie par l'emploi temporaire d'un obturateur en*). On n'emploie pas assez la gutta-percha; les propriétés toutes spéciales de cette substance lui permettent cependant de rendre des services signalés à la pratique chirurgicale. L'application suivante en est un exemple éclatant. Un jeune marin se tire dans la bouche un coup de pistolet chargé de petit plomb, le coup fait balle et produit à la partie moyenne de la voûte palatine une perforation de deux centimètres. Immédiatement en arrière de cette ouverture, on voit un grand lambeau de forme triangulaire, saignant et noirci par la poudre; ce lambeau est formé par la muqueuse palatine détachée des os, d'avant en arrière par le choc venu obliquement. Le voile du palais était complétement intact. Du reste pas de mutilations extérieures, aucun phénomène grave du côté de la base du crâne. Pendant les premiers jours on se borna à prescrire des gargarismes émollients. La douleur se calma et la parole devint un peu plus libre. Gêne dans le fond de la gorge, toux, nausées. Ces phénomènes provenaient du contact du lambeau avec la base de la langue. Le troisième jour l'inflammation était modérée, les parties lésées rouges, détergées, couvertes de bourgeons charnus. M. Denucé eut l'ingénieuse idée de tailler une petite plaque ovale de gutta-percha, épaisse de 2 millimètres, ayant 4 centimètres de longueur sur 3 de largeur. Les deux chefs d'une anse de fil introduits de bas en haut sur la ligne médiane, et à un centimètre et demi l'un de l'autre, traversèrent d'abord la plaque de gutta-percha, puis le lambeau de muqueuse palatine ramené en avant; les deux chefs furent alors introduits de la bouche dans le nez, puis ramenés à l'extérieur par la narine de

gauche et enfin noués et serrés modérément sur un bourrelet de charpie. Le fil attiré à l'extérieur avait ramené la plaque de gutta percha vers le lambeau, et celui-ci lui-même sur la perforation. Les bords du lambeau étaient affrontés avec ceux de l'ouverture palatine. La plaque de gutta-percha, débordant de toute part la perforation, faisait l'office d'obturateur et soutenait le tout. Les résultats immédiats de cette opération furent très-satisfaisants. La voix devint claire, la déglutition aisée, aussi bien pour les solides que pour les liquides. Le septième jour, la plaque et le fil furent enlevés, le lambeau adhérait, la perforation était réduite à un pertuis qui se couvrit de bourgeons charnus et s'oblitéra après l'issue de deux petites esquilles osseuses; cinq semaines après la guérison était complète.

Nous n'avons pas à mettre en relief les services rendus à ce malade par l'adjonction du moyen prothétique temporaire. En présence du résultat obtenu, M. Verneuil se demande si, même dans un cas de simple décollement de la muqueuse palatine, il ne serait pas possible, à la rigueur, de placer vers le sommet de ce lambeau une anse de fil qu'on ramènerait par les fosses nasales, en perforant la voûte palatine à l'aide d'un petit poinçon, de manière à faire passer le fil. Un moyen plus simple serait de fixer le fil autour de l'une des dents de devant et de maintenir l'adhésion de la muqueuse sur la voûte osseuse à l'aide d'une plaque de gutta-percha présentant des crochets latéraux qui viendraient prendre leur point d'appui sur les dents molaires, ainsi qu'on le pratique aujourd'hui pour les obturateurs. (*Journ. de méd. de Bordeaux* et *Gaz. hebd.*, janvier 1858.)

Rhumatisme articulaire aigu. *Son traitement par l'iodure de potassium à hautes doses.* L'iodure de potassium a été préconisé depuis nombre d'années dans le rhumatisme articulaire chronique, dans la goutte; c'est ce que savent fort bien les lecteurs du *Bulletin*. Il a même été déjà employé contre le rhumatisme articulaire aigu, mais avec des résultats bien douteux.

Néanmoins, le docteur C. Campbell paraît avoir été plus heureux, et le médicament semble avoir agi assez efficacement entre ses mains pour qu'il en fasse usage dans tous les cas de rhumatisme articulaire aigu qu'il est appelé à soigner. Ce médecin administre l'iodure de potassium à la dose de 50 centigrammes toutes les quatre heures, et, à l'appui de ce qu'il avance des bons effets de cette médication, il cite le cas suivant que nous allons relater brièvement et qui ne nous paraît pas dénué d'intérêt.

Obs. Le malade était un jeune homme de dix-huit ans, de forte constitution. Le 27 novembre, en se levant, il ressentit de la douleur dans les plantes des pieds; dans la journée les cous-de-pieds devinrent douloureux; le lendemain les genoux se prirent à leur tour. Le 30, le docteur Campbell constata un rhumatisme articulaire aigu ayant envahi les cous-de-pieds, les genoux et les hanches, et le poignet, le coude et l'épaule du côté droit, avec gonflement, rougeur et douleur vive. Pouls à 104, petit et faible. Langue sale, sueurs profuses, urines épaisses, constipation; douleurs dans la région précordiale et à l'épigastre, oppression, toux, insomnie; matité étendue dans la région du cœur. (25 centigr. de calomel avec opium, puis, toutes les quatre heures, 50 centigr. d'iodure de potassium.)

Le 1er décembre, les extrémités inférieures sont indolentes. Le membre supérieur droit est comme la veille. Pouls à 96, plus fort et plus plein, transpiration moindre, plusieurs selles, douleurs précordiales plus vives, respiration pénible, anxieuse, souffle intense au premier bruit cardiaque. (Vésicatoire sur la région du cœur, continuer l'iodure.)

Le 2, toutes les articulations sont libres, sauf l'épaule et le coude gauches qui se sont pris depuis hier. État général plus calme, respiration plus libre, les douleurs précordiales ont disparu, pouls à 90, remarquablement vibrant, langue plus nette. (Continuer l'iodure).

Le 3, un peu de douleur dans la hanche et dans le genou droits, respiration naturelle, matité précordiale diminuée, pouls à peu près normal, à 80, deux garde-robes dans la journée. (Continuer l'iodure toutes les trois heures.)

Le 4, pouls à 76, langue nettoyée, urines limpides, aucune douleur nulle part; le malade demande à manger. (Continuer l'iodure toutes les six heures; réduire le lendemain les doses à 25 centigrammes.)

Le 10, matité précordiale encore un peu étendue, le bruit de souffle persiste quoique moins fort. Du reste, le

malade se sent très bien. (Quinquina; continuer l'iodure dans l'espoir d'agir contre les concrétions probables des valvules.) — Ajoutons, en terminant, que la valeur de ce traitement est soumise actuellement à l'épreuve de l'expérimentation clinique dans un des hôpitaux de Paris. Nous espérons pouvoir incessamment faire connaître les résultats obtenus. (*Dubl. Hospit. Gazette*, février 1858.)

Tétanos *mortel survenu à la suite de la cautérisation d'une tumeur par un caustique.* Nous avons souvent préconisé l'usage de la cautérisation, substituée, dans certains cas déterminés, à l'emploi de l'instrument tranchant, et dans ce mouvement de réhabilitation d'un moyen trop longtemps et injustement condamné, nous n'avons pas été des derniers. Cependant, tout en faisant ressortir les avantages des caustiques, nous n'avons jamais eu la prétention de les croire entièrement dénués d'inconvénients et même de dangers, et encore moins de dissimuler ces inconvénients aux yeux de nos lecteurs. Ce serait un très-mauvais moyen de les servir. Nous croyons au moins aussi utile de faire connaître les dangers que peut avoir une médication dans certains cas donnés que d'en signaler les bons et utiles effets. Voici un cas dans lequel la cautérisation substituée au bistouri, pour la destruction d'une tumeur de mauvaise nature, a été suivie du développement d'un tétanos mortel. C'est à M. le docteur Bourgeois (d'Etampes), l'un des plus actifs et des plus intelligents propagateurs des méthodes caustiques, que nous devons la connaissance de ce fait.

Un jeune paysan d'environ dix-huit ans, d'une bonne constitution et sans aucun signe de diathèse transmise ni acquise, vit se développer, il y a un an environ, une petite tumeur molle, indolente, à la partie interne et inférieure du bras gauche, un peu au-dessus du condyle huméral correspondant. Cette tumeur s'accroissant rapidement, ce jeune homme, après avoir consulté plusieurs chirurgiens qui furent d'avis de pratiquer l'amputation, entra à l'hôpital d'Etampes. Il offrait alors l'état suivant :

La tumeur, de forme ovalaire, mesurait dans son grand diamètre, situé suivant l'axe du bras, 15 centimètres, et elle dépassait, en ce sens, le milieu de cette partie du membre supérieur; transversalement et en épaisseur, elle avait 6 centimètres; elle était flottante. Sa surface était assez lisse vers le milieu; il y avait un point fluctuant, et la peau était mince et bleuâtre. Le centre du mal offrait la sensation d'un corps spongieux gorgé de liquide. Cette tumeur n'était point douloureuse. On n'y entendait ni battements, ni bruissements, et on sentait à sa partie antérieure externe l'artère brachiale. L'état général n'était nullement modifié ; et sauf la pesanteur de la tumeur, les mouvements du bras avaient conservé toute leur liberté.

Une consultation ayant eu lieu, le résultat fut qu'il s'agissait d'une affection maligne, probablement une tumeur fongueuse sanguine, et que bien que la récidive fût à craindre, le patient étant encore fort et vigoureux, il fallait à tout prix l'en débarrasser. La majorité des consultants opina pour l'amputation du bras au tiers supérieur. L'opération était décidée pour le lendemain; mais le malade ne voulut pas y consentir et sortit de l'hôpital.

Depuis, on a appris qu'il était allé à Chartres consulter un médecin, qui lui avait appliqué un caustique sur toute la tumeur, et que bien avant que les escarres ne s'isolassent même, c'est-à-dire quelques jours après cette application, il avait été pris, chez lui, où il était revenu, d'un serrement de mâchoire avec roideur en arrière du cou, du tronc, puis des membres, qui l'avait emporté en moins de trente-six heures; en un mot, qu'il était mort du tétanos dix jours après l'emploi du caustique. (*Union Médicale*, février 1858.)

Vomissements *dans la grossesse, cédant à des applications d'eau froide.* On s'est beaucoup occupé, dans ces derniers temps, du traitement des vomissements opiniâtres dépendant de la grossesse, et divers agents ont été préconisés, dont l'efficacité dans cette affection a été reconnue par l'expérience. Mais cette efficacité n'est-elle, ne sera-t-elle jamais en défaut? Il n'est personne qui puisse l'espérer; aussi est-il désirable, quand un moyen fait défaut ou reste sans effet, de pouvoir recourir à un autre. M. le docteur Dezon vient de publier trois faits qui montrent que l'on peut invoquer avantageusement, contre ce symptôme pénible et trop souvent inquiétant, l'application de l'hydrothérapie, sous une forme très-simple et très-facile à employer. L'hydrothérapie constitue certainement une médication puissante contre beaucoup d'affections chroniques; mais les services qu'elle peut

rendre se trouveraient circonscrits dans une sphère trop étroite, si elle ne pouvait s'appliquer utilement que dans des établissements spéciaux et à l'aide d'appareils plus ou moins compliqués. Heureusement il n'en est pas ainsi, et parmi les moyens qu'elle emploie, il en est qui se trouvent à la portée de tous les praticiens, et que, par conséquent, il est bon de vulgariser. — Les trois faits rapportés par M. Dezon ayant entre eux la plus grande analogie, nous nous bornerons à en résumer un seul.

Mme N..., vingt-un ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament nervoso-sanguin, mariée en juillet 1856, a vu ses règles disparaître en septembre suivant. Le 9 décembre. douleurs épigastriques violentes. vomiturítions, vomissements, symptômes que la malade attribue à une indigestion, et auxquels elle n'oppose que le repos et la diète. Mais les mêmes phénomènes se reproduisant le lendemain et les jours suivants, notre confrère fut appelé le 13 et trouva Mme N... un peu pâle, avec le pouls accéléré, la langue sans enduits, le creux épigastrique très-sensible à la pression, l'estomac douloureux et incapable de conserver aucun aliment ni boisson. Jusqu'au 25, tous les moyens employés échouèrent successivement : eau de Seltz, opium, éther et valériane, laurier-cerise, belladone, applications de chloroforme, puis de sinapismes sur l'épigastre. La malade, soutenue seulement par quelques lavements de bouillon, perdait ses forces et se désespérait. M. Dezon eut alors l'idée de recourir à l'emploi du froid. Il appliqua une serviette trempée dans l'eau froide, tordue et pliée en compresse, sur le creux épigastrique, en recommandant de renouveler cette application toutes les cinq minutes. A partir de ce moment, et grâce à la continuation de ce moyen, sédation de la douleur, cessation des vomissements ; dès le lendemain, l'alimentation est redevenue possible par les voies supérieures, et la grossesse suit sa marche pour se terminer à terme par un accouchement naturel.

Une remarque en finissant, remarque qui n'aura échappé à la sagacité de personne. Ce moyen, dont l'action peut être rapprochée de celle de la glace à l'intérieur dans ces sortes de cas, ne peut, comme du reste ceux auxquels nous faisions allusion en commençant, l'iode, la pepsine, ne peut, disons-nous, s'adresser qu'au vomissement purement nerveux. Il est clair que si ce phénomène dépendait, par exemple, d'une gêne apportée au libre développement de l'utérus, comme il arrive quand cet organe est rétroversé et enclavé dans la concavité du sacrum, on aurait en vain recours aux moyens de cet ordre. Il faudrait, avant tout, remédier à la cause matérielle du vomissement. Il convient donc, quand on a à combattre cette affection chez les femmes enceintes, de rechercher s'il n'existe pas du côté de la matrice quelque condition capable de l'expliquer ; en d'autres termes, il convient de faire le diagnostic de l'étiologie du vomissement. (*Le Progrès*, février 1858.)

VARIÉTÉS.

DE LA RESPONSABILITÉ CIVILE DES CHIRURGIENS.

Par J.-J. Cazenave, de Bordeaux, membre correspondant de l'Académie de médecine.

La responsabilité civile des chirurgiens est si souvent mise en cause de nos jours, qu'on ne doit jamais laisser échapper l'occasion de défendre les confrères honorables qu'il plait à certaines gens de traduire à la barre des tribunaux et du public pour de prétendus méfaits professionnels.

C'est en répondant vigoureusement à des accusations de cette sorte que les chirurgiens conserveront leur dignité et qu'ils se feront respecter. Il me semble d'ailleurs qu'il y aura bénéfice pour tous à ce que les corps savants appuient de leur autorité morale et scientifique les médecins consciencieux et d'une aptitude notoire, que certains clients, pour des motifs faciles à deviner, actionnent devant les tribunaux, où le retentissement des plaidoiries, le sarcasme et l'ironie aidant, on voit les réputations les mieux établies crouler, ou tout au

moins être fort ébranlées et devenir douteuses pour les personnes auprès desquelles les propos légers et la calomnie ont un accès facile.

Sans prétendre vouloir servir d'exemple à qui que ce soit, je crois m'être bien conduit dans une occurrence difficile, pour mener à bonne fin une affaire qui m'était personnelle.

Voici le fait très-sommairement exposé :

Au mois de septembre de l'année 1850, et à propos d'une opération que j'avais faite, une famille à laquelle j'avais l'intention de ne demander aucun honoraire me fit dire qu'elle formerait une demande reconventionnelle contre moi, fondée sur ma responsabilité, si je réclamais quoi que ce fût. Je répondis à cette menace par une assignation, plaidai, repoussai très-énergiquement les assertions mensongères et les prétentions mal fondées de mes adversaires, démontrai à mes juges que je ne m'étais pas grossièrement mépris, ainsi qu'on l'avait prétendu, que je n'avais opéré que dans un cas d'absolue nécessité, et que cette nécessité était démontrée par les antécédents pratiques de quelques chirurgiens éminents ayant un grand nom dans la science.

Je gagnai ma cause et fus récompensé de la détermination hardie peut-être, mais honorable, que j'avais prise, par les considérants du jugement qui furent très-flatteurs et très-encourageants pour moi, considérants qu'on trouve exposés tout au long dans le Courrier des Tribunaux, journal du ressort de la Cour d'appel de Bordeaux, numéro du dimanche 16 février 1851.

Chose étrange ! environ un an après cette affaire, je fus obligé, pour sauver la vie d'un ancien membre du Conseil général de la Gironde, de procéder de la même façon que pour le fait incriminé. Les docteurs Charles Dubreuilh, de Bordeaux, Soulié, Nolibois et Cazauvielh, de Labrède (Gironde), m'assistaient.

Malheureusement pour les chirurgiens, ces sortes d'affaires sont loin d'être rares, et cela s'explique aisément quand on sait que les malades, que les familles surtout veulent que toutes nos opérations réussissent, que rien ne nous soit impossible, que nous soyons infaillibles, que nous fassions des miracles, en un mot, alors que l'imperfection est le fait éternel, le fait inévitable, le fait écrasant de l'humanité ! Quelles prétentions, quelle folie et quelle injustice !

Que le public, que ce grand enfant sache donc une bonne fois, si c'est possible, que les chirurgiens les plus habiles de toutes les époques se sont trompés, parce que l'erreur en toutes choses est malheureusement une des infirmités de l'esprit humain. Qu'on veuille prendre la peine de feuilleter l'œuvre du très-regrettable professeur Auguste Bérard, sur le diagnostic dans les maladies chirurgicales, et l'on verra quelles erreurs ont commises des chirurgiens qui ont nom Desault, Sabatier, Boyer, Dupuytren, Roux, Richerand, Astley Cooper, pour ne parler que des morts.

Je le jure sur l'honneur, si jamais je découvre un chirurgien comme l'entend le vulgaire, je veux dire un opérateur infaillible, ne se trompant jamais et réussissant toujours, j'emboucherai toutes les trompettes de la renommée pour l'apprendre au monde entier, *urbi et orbi*.

Méfions-nous de nos forces, de nos aptitudes, de notre supériorité, quand forces, aptitudes et supériorité il y a ; sachons réprimer l'aveuglement intraitable de l'amour-propre ; soyons humbles, prudents, réservés, très-circonspects dans l'exercice de notre belle profession, mais ne nous laissons pas intimider, ne nous laissons pas lâchement déconsidérer par les criailleries et les reproches aussi amers que mal fondés d'un public malintentionné, d'un public n'ayant aucune notion de nos faits et gestes chirurgicaux, alors surtout que nous avons

la conscience de n'avoir rien négligé pour être au niveau d'une science à laquelle les hommes doivent tant et de si belles ressources contre des maux de toute sorte.

Le Comité de Bordeaux a prié M. Rayer d'accepter la mission de réaliser le projet d'une association générale des médecins de la France. Le premier soin de cet honorable confrère a été de former une Commission de vingt-huit membres, qui sera chargée d'élaborer les délicates questions que soulève cette création. Ces membres sont :

MM. Bégin, président du Conseil de santé des armées; Bernard (Claude), membre de l'Institut; Bertillon, médecin de l'hôpital de Montmorency; Bethmond, ancien bâtonnier de l'ordre des avocats; Bouillaud, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Chevalier (Michel), conseiller d'Etat; Conneau, premier médecin de l'Empereur; Cruveilhier, professeur à la Faculté de médecine de Paris; Davenne, directeur de l'assistance publique; Guérin (Jules), membre de l'Académie de médecine; Jobert de Lamballe, membre de l'Institut, professeur à la Faculté; Larrey (le baron), membre du Conseil de santé des armées; Latour (Amédée), secrétaire du Comité consultatif d'hygiène; Laugier, président de l'Académie de médecine, professeur à la Faculté; Leplay, conseiller d'Etat; Lélut, membre de l'Institut, médecin des hôpitaux de Paris; Lévy (Michel), directeur de l'Ecole de médecine militaire du Val-de-Grâce; Littré, membre de l'Institut; Mêlier, inspecteur général des services sanitaires; Michon, chirurgien des hôpitaux de Paris; Quoy, inspecteur général du service de santé de la marine; Rayer, membre de l'Institut, président; Ricord, chirurgien des hôpitaux de Paris; Ségalas, membre de l'Académie de médecine; Serres, membre de l'Institut; Tardieu, médecin des hôpitaux de Paris; Vernois, médecin des hôpitaux de Paris; Villermé, membre de l'Institut.

Par jugement du 25 janvier dernier, le tribunal correctionnel de Lyon a accueilli et déclaré recevable l'action d'un certain nombre de médecins qui se portaient parties civiles contre M[lle] de Bressac, poursuivie pour exercice illégal de la médecine. En conséquence, le tribunal a condamné la prévenue, par application des articles 55 et 56 de la loi de ventôse an XI, à 15 francs d'amende et 150 francs de dommages et intérêts envers les parties civiles. — Le 17 février suivant, sur les poursuites directes du ministère public, le même tribunal condamnait un nommé Blanc à quinze jours de prison, et le médecin qui lui servait de prête-nom à 50 francs d'amende.

Par décret du 26 février dernier, M. Lagneau, membre de l'Académie de médecine, a été promu au grade d'officier de la Légion d'honneur, et M. des Etangs, ancien sous-aide major, membre du Conseil général de la Haute-Marne, a été nommé chevalier.

Le 7 avril prochain, il sera ouvert un concours à l'administration de l'assistance publique, pour une place de professeur à l'amphithéâtre des hôpitaux, en remplacement de M. le docteur Le Gendre, dont les fonctions expirent à la fin de cette année. Les candidats doivent s'inscrire avant le 22 mars.

Le docteur de Comeiras, chirurgien principal de la marine, est nommé officier de la Légion d'honneur, pour sa belle conduite au siége et à la prise de Canton.

Le docteur Ruef (Maurice), qui vient de mourir à Strasbourg, a légué une somme de 10,000 francs à l'association de prévoyance des médecins du Bas-Rhin.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

ouvelle formule du traitement de la chorée par l'emploi de l'émétique à haute dose.

Par le docteur E. BONFILS, ancien interne lauréat des hôpitaux.

La chorée, malgré les recherches et les tentatives des médecins, est encore, de nos jours, il faut bien l'avouer, longue à guérir, souvent très-rebelle, et dans quelques cas, heureusement rares, d'une gravité telle, qu'elle entraîne rapidement la mort des malheureux qui en sont atteints. Aussi tout l'arsenal thérapeutique a-t-il été mis à contribution pour combattre cette maladie. Frappé de cette impuissance complète de la thérapeutique dans certains cas, et de la lenteur avec laquelle on guérit le plus souvent, quand on parvient à triompher du mal ; de plus, étonné des résultats remarquables qu'a obtenus M. Bouley, par l'emploi de l'émétique à haute dose, dans deux cas rebelles de chorée, j'ai entrepris, sous la direction aussi savante que sage de M. Gillette, et de concert avec lui, une série de recherches sur l'efficacité réelle et sur le meilleur mode d'administration de l'émétique dans le traitement de cette maladie.

Les résultats que nous avons obtenus ont dépassé complétement nos espérances ; en effet, à l'aide de ce médicament, administré selon la formule que nous allons faire connaître, et qui diffère complétement de la méthode de M. Bouley, nous sommes parvenus à enrayer et à guérir très-rapidement vingt-cinq chorées (toutes ces observations sont dans les mains de M. Gillette). De plus, je sais de bonne source que plusieurs chorées ont été traitées très-heureusement de la même façon dans quelques autres services de l'hôpital des Enfants. Enfin, j'ajouterai à tous ces cas le fait si remarquable communiqué tout récemment par M. le docteur Brière de Boismont à la Société de médecine du département de la Seine.

En présence de résultats aussi favorables, j'ai cru nécessaire de donner un résumé clair et succinct de cette nouvelle méthode, afin de vulgariser le plus possible une médication qui est appelée, à coup sûr, à rendre de grands services. Mais, avant d'exposer la méthode formulée par mon excellent et honoré maître M. le docteur Gillette, je crois utile de faire connaître les raisons pour lesquelles nous avons rejeté la méthode de M. Bouley, qui se trouve exposée dans l'article que M. Marcotte a publié dans ce recueil (*Bulletin de Thérapeutique*, tome LII, p. 49).

Voici ces raisons. Une méthode thérapeutique, qui ne prétend

guérir la chorée qu'à la condition de provoquer tous les symptômes sérieux qui sont signalés dans les faits de M. Bouley, tels que : vomissements très-abondants, superpurgations, flux cholérique, qui ne laissent aucun répit au malade et amènent consécutivement une prostration excessive, une faiblesse se traduisant par une tendance très-marquée à la syncope, phénomènes que l'on peut regarder à bon droit comme constituant un état alarmant ; une méthode, dis-je, déterminant tous ces accidents redoutables, constitue, à notre avis, une médication extrêmement dangereuse, et il répugnera très-certainement à la majeure partie des médecins de la mettre en usage.

Une semblable méthode fait naître, comme à plaisir, tous les inconvénients que peut déterminer l'émétique, en les portant à leur summum d'intensité. De plus, ce *modus faciendi* semble favoriser les *récidives* ; les observations de M. Bouley nous en fourniraient au besoin la preuve irrécusable ; et enfin, il peut faire naître, après la cessation de la chorée, des accidents hystériques très-intenses. Pour tous ces motifs, nous n'hésitons pas à rejeter complétement la méthode perturbatrice expérimentée par M. Bouley.

J'arrive maintenant à l'exposition de la méthode nouvelle. Cette méthode a été instituée l'année dernière, par M. Gillette, à l'hôpital des Enfants ; elle n'est qu'une modification de la méthode formulée, il y a trente-cinq ans environ, par l'illustre Laënnec. Voici en quoi elle consiste : avant d'administrer l'émétique, on constate tout d'abord l'état du tube digestif ; on s'assure qu'il est dans des conditions tout à fait normales, qu'il n'est le siége d'aucune maladie, car une phlegmasie intestinale serait une contre-indication formelle.

Si le tube digestif est sain, on administre l'émétique de la façon suivante : on donne ce médicament par série de trois jours. Une seule série suffit quelquefois pour guérir, le plus ordinairement deux séries sont nécessaires, dans quelques cas il en faut trois. Entre les séries on suspend l'emploi de l'émétique, on laisse le malade tranquille et on observe les modifications survenues dans les mouvements choréiques. Suivant ces modifications on cesse ou l'on continue l'emploi du médicament.

L'intervalle qui doit séparer les séries les unes des autres, quand plusieurs sont nécessaires pour triompher du mal, a été fixé par M. Gillette à trois jours. Ce temps d'arrêt lui semble suffisant dans l'état actuel de sa pratique.

Mais cette durée, fixée provisoirement par M. Gillette, pourra être modifiée suivant l'action produite par l'émétique. Elle sera en raison directe de l'intensité de l'action du médicament. Si l'émétique a

vivement impressionné le malade, si ce sujet est jeune, faible, délicat, il sera prudent de prolonger cette durée.

Les raisons pour lesquelles on a mis un certain intervalle entre chaque série sont que, en agissant ainsi, on évite les accidents graves et sérieux qui peuvent éclater à la suite de l'emploi prolongé de l'émétique, on empêche également l'*accumulation* des doses du médicament. Pendant cet intervalle de repos, le malade a le temps de se remettre de la fatigue occasionnée par la médication. L'organisme, troublé momentanément, reprend peu à peu son équilibre, et supporte mieux les nouvelles doses d'émétique.

La dose de l'émétique est variable, mais *toujours élevée* dès le premier jour. M. Gillette a constamment commencé le traitement par des doses de 20, 25 ou 30 centigrammes à prendre dans les vingt-quatre heures. Cette dose est doublée le deuxième jour, triplée le troisième.

Ainsi, si l'on a donné 20 centigrammes le premier jour, on donne 40 centigrammes le deuxième jour, 60 centigrammes le troisième jour. Telle est la progression que nous avons adoptée.

La dose d'émétique varie nécessairement suivant l'âge, la constitution, l'aptitude du malade à supporter ce médicament, et suivant l'intensité de la chorée.

Si une deuxième série est nécessaire, on donne l'émétique, le premier jour, à la même dose, augmentée de 5 centigrammes, que le premier jour de la première série. Si on a donné au début de la première série 20 centigrammes, au début de la deuxième on donne 25 centigrammes; si on a donné au début de la première série 25 centigrammes, on donne au début de la deuxième 30 centigrammes. Ces nouvelles doses, 25 et 30 centigrammes, sont doublées le deuxième jour et triplées le troisième jour. Ainsi, soit 25 centigrammes la dose du premier jour de la deuxième série, le deuxième jour la dose est de 50 centigrammes, le troisième jour de 75 centigrammes. Si on débute par 30 centigrammes le premier jour, le deuxième jour on donne 60 centigrammes, le troisième jour 90 centigrammes.

Lorsqu'une troisième série est nécessaire, on donne l'émétique, le premier jour, à la même dose, augmentée de 5 centigrammes, que le premier jour de la deuxième série. Ainsi, si on a donné au début de la deuxième série 25 centigrammes, on donne au début de la troisième 30 centigrammes. Cette dose est doublée le deuxième jour, soit 60 centigrammes, triplée le troisième jour, soit 90 centigrammes.

Jamais jusqu'à ce jour il n'a été administré plus de trois séries, et on n'a dépassé la dose de 90 centigrammes. Toujours l'émétique a été administré de façon à obtenir la tolérance.

Au début de notre expérimentation, l'émétique était donné exactement d'après les règles tracées par Laënnec, c'est-à-dire associé à l'opium, dissous dans une infusion aromatique et administré par cuillerées à dessert d'heure en heure. Mais, étonné de la facilité merveilleuse avec laquelle des doses élevées d'émétique étaient supportées par ces tout jeunes sujets, même par les moins robustes, M. Gillette prescrivit le médicament dans une solution gommeuse simple, sans opium et sans liquide aromatique, afin de savoir si la tolérance s'établirait aussi facilement. Or, un fait digne d'attention est que la tolérance a été obtenue aussi facilement et aussi vite de cette façon que d'après la méthode de Laënnec.

Aussi en avons-nous tiré la conclusion que la tolérance de l'émétique est la conséquence exclusive du mode d'administration de ce médicament, et surtout de l'intervalle variable, selon les effets produits, qui doit séparer les prises les unes des autres. L'opium et les aromatiques n'exerceraient donc qu'une action très-secondaire et très-douteuse.

Voici d'ailleurs la formule :

Solution gommeuse..................	125 grammes.
Emétique..........................	20 centigrammes.

par cuillerée à dessert, toutes les heures ou toutes les deux heures.

En présence d'une tolérance si remarquable, ne doit-on pas admettre que la chorée crée, en quelque sorte, une disposition particulière de l'organisme qui permet aux petits malades de supporter aussi facilement des doses considérables d'émétique? Cela paraît très-probable.

Jamais les malades soumis à cette médication n'ont été privés d'aliments ; toujours ils ont pris des bouillons ou des potages (trois par jour). Le malade ne doit manger qu'une heure après la dernière prise d'émétique, et l'on ne doit revenir à la potion qu'une heure après l'ingestion du potage ou du bouillon.

Les phénomènes physiologiques déterminés par l'émétique administré d'après cette méthode ont été très-rares, peu intenses et peu persistants. Quelques nausées, un ou deux vomissements glaireux, tels sont, dans l'immense majorité des cas, les phénomènes observés au début, puis la tolérance s'est établie parfaitement. Quand ces phénomènes sont plus accusés ou plus persistants, il suffit d'éloigner les prises de la potion pour les faire disparaître. Dans tous

les cas il y a eu des troubles du côté de la circulation. Le pouls a toujours été ralenti. Les variations des pulsations en moins ont oscillé entre une pulsation et trente pulsations.

Quant aux mouvements choréiques, ils ont été modifiés de deux façons différentes : dans une première forme, que nous avons observée seulement une fois, les mouvements ont été modifiés dès le premier jour, et ont cessé complétement après une seule série. Ici l'amélioration a été en quelque sorte instantanée. Voici ce fait.

Obs. I. *Chorée générale très-intense guérie en trois jours par l'emploi répété du tartre stibié à haute dose.* — Nanette B..., petite fille âgée de onze ans et demi, entre, le 2 juin 1857, à l'hôpital des Enfants pour y être traitée d'une chorée générale datant de quinze jours. C'est la première fois qu'elle est atteinte de cette maladie. Les mouvements involontaires sont très-exagérés ; les mouvements des membres inférieurs sont plus prononcés que ceux des membres supérieurs ; la marche est très-difficile et presque impossible. Son visage est très-grimaçant. Assise, elle ne peut rester en repos ; elle est sans cesse agitée. Elle parle difficilement, mange très-mal et ne peut s'habiller seule. La mémoire est affaiblie et la contractilité musculaire très-diminuée. Les fonctions digestives sont normales. 84 pulsations.

Le 4 juin, M. Gillette prescrit un julep additionné de 20 centigrammes d'émétique, sans sirop diacode, à prendre par cuillerée d'heure en heure. Pas de nausées, pas de vomissements, pas de selles : 84 pulsations, pouls ample, égal, régulier, peau excellente. La langue est blanche, humide, peu d'appétit; rien à la gorge. L'enfant est très-calme, elle ne remue pas du tout ; c'est à peine s'il y a un peu d'agitation dans les mains. Elle a pris trois bouillons dans la journée.

Le 5. Julep émétique, 40 centigrammes. Pas plus d'accidents que la veille. Une selle molle. Langue humide et sans enduit ; appétit; gorge saine. 72 pulsations le matin, 68 le soir ; pouls développé, régulier, égal ; peau un peu chaude. L'enfant a pris deux potages et un bouillon. Sa tranquillité est très-grande, à peine quelques légers mouvements des doigts.

Le 6. La dose d'émétique est portée à 60 centigrammes, tolérance aussi compléte ; l'enfant mange trois potages. Le pouls est un peu irrégulier : 68 pulsations. Etat général bon ; calme complet.

Le 7. On cesse le julep émétisé ; plus de mouvements choréiques. 84 pulsations.

La jeune fille coordonne parfaitement ses mouvements, marche seule ; il n'y a plus la moindre agitation dans les membres supérieurs ; la figure est très-calme. Elle mange et s'habille seule ; elle coud et est employée au service de la salle. Bains sulfureux et gymnastique tous les deux jours.

Le 20. Etat général très-satisfaisant, figure calme et appétit excellent.

Le 25. Elle sort radicalement guérie.

Le fait communiqué par M. Brière de Boismont à la Société de médecine du département de la Seine peut être rapproché de celui-ci par la rapidité de la guérison : aussi croyons-nous devoir le reproduire.

Obs. II. Un jeune garçon de quatorze ans, M. B..., adonné depuis quelque temps à l'habitude de la masturbation, éprouvait depuis une quinzaine de jours des mouvements choréiques qui faisaient de jour en jour des progrès, lorsqu'il fut amené, le 19 décembre dernier, dans la maison de santé de M. Brière, en proie à des convulsions des bras, des jambes, du corps, de la tête et des yeux. Il lui était impossible de garder la station debout ou assise. Etait-il assis dans un fauteuil, sa tête était portée avec violence dans toutes les directions et son corps glissait à terre. Sur un tapis, en peu d'instants, de soubresauts en soubresauts, il parcourait toute l'étendue de la chambre, se heurtant contre tous les objets qui se trouvaient sur son passage. Ses yeux convulsés ne laissaient voir que le blanc. Cette agitation continuelle l'empêchait de prendre sa nourriture lui-même; il fallait qu'un domestique lui mît les aliments dans la bouche. La déglutition s'opérait alors facilement. Son sommeil durait deux heures tout au plus.

M. le docteur Pidoux, appelé en consultation, conseilla l'émétique aux doses suivantes : d'abord 20 centigrammes, puis 25, et ensuite 30, dans 60 grammes d'eau de tilleul et 30 grammes de sirop de gomme.

Dès le premier jour, il y eut une diminution sensible des accidents ; deux ou trois vomissements légers eurent lieu vers le soir, et pendant la nuit le malade put reposer quelques heures.

Le lendemain, la dose de 25 centigrammes produisit des effets plus marqués; les vomissements furent rares et sans fatigue, l'agitation beaucoup moindre, et le malade put s'asseoir.

Le troisième jour, le tartre stibié, élevé à 30 centigrammes, fut suivi d'une amélioration encore plus remarquable. Le jeune B... put se tenir assis sur une chaise longue; le tronc avait repris son immobilité, les bras et les jambes étaient de temps en temps secoués, mais beaucoup plus modérément. Les yeux, dont la mobilité était telle qu'on ne pouvait les suivre, avaient repris leur état naturel; la parole, entrecoupée et à peine intelligible les jours précédents (il ne répondait que par quelques monosyllabes saccadés), était redevenue naturelle,

Le sommeil se prolongeait six ou sept heures; et dès le cinquième jour il pouvait manger seul. Pendant toute la durée de cette médication, on s'était borné à des potages.

Ce mieux établi, on commença, conformément aux prescriptions de M. Pidoux, l'emploi des bains sulfureux et les exercices gymnastiques d'après les procédés de M. Laîné. Mais le retour à la santé se faisait si brusquement, suivant la remarque de M. Brière, qu'on eût pu se dispenser de mettre en usage cette seconde partie du traitement.

Le dixième jour, le jeune convalescent descendait dans la cour ; bientôt il put faire des promenades au dehors, et, le vingtième jour, M. Pidoux constata sa guérison parfaite. Il a quitté la maison de santé après un seul mois de séjour.

Dans ce cas, M. Pidoux n'a pas suivi ponctuellement la formule de M. Gillette, puisque la dose d'émétique n'a pas été doublée chaque jour. Malgré cette modification, les accidents ont cédé à la médication stibiée. Les faits de guérison aussi rapide seront toujours une exception.

Dans la seconde forme, et c'est celle qu'on a observée dans tous les autres cas, l'amélioration et la guérison de la chorée ont été

progressives : il a fallu alors recourir à plusieurs séries de la médication stibiée ; les résultats obtenus ont été très-heureux. En voici un exemple que j'extrais au hasard des faits nouveaux que j'ai recueillis depuis la publication de ma thèse.

Obs. III. *Chorée générale datant de deux mois, guérie en deux séries de trois jours.* — Célestine C..., âgée de quatorze ans, est entrée le 23 septembre 1857 à l'hôpital des Enfants, salle Sainte-Geneviève, n° 1. Cheveux châtains, yeux bleus, tempérament lymphatico-nerveux, constitution peu robuste ; chlorose légère. Pas de rhumatisme antécédent ; chorée générale, datant de deux mois ; première atteinte de la maladie. Agitation très-grande, marche difficile ; les mains sont le siége de mouvements très-intenses ; figure grimaçante.

Le 30 septembre. Julep émétique, 0,25 ; une cuillerée toutes les heures. 92 pulsations ; pouls peu développé, égal, régulier. Trois vomissements dans la journée ; appétit ; langue humide, mais un peu blanche ; pas de selles ; peau bonne. Rien à la gorge. — Trois bouillons. Les mouvements ne sont pas modifiés.

Le 1er octobre. Julep émétique, 0,50. Pas de vomissements ; langue humide ; gorge saine ; appétit ; pas de selles ; peau excellente. 72 pulsations. Les mouvements sont un peu modifiés. — Trois bouillons.

Le 2. Julep émétique, 0,75 ; pas de nausées, pas de vomissements, pas de selles. Langue belle, humide ; gorge saine ; appétit ; état général excellent ; peau bonne. Pouls à 88, égal, régulier. — Trois bouillons.

Le 3. On suspend la médication stibiée. Les mouvements choréiques sont peu modifiés. Pouls à 80. — Une portion.

Le 5. Amélioration progressive marquée. Les mouvements choréiques sont sensiblement moins intenses ; la marche est très-améliorée ; les mains sont encore très-agitées.

Le 8. On prescrit un julep additionné de 30 centigrammes d'émétique ; pas de nausées, pas de vomissements, pas de selles. Langue belle. Appétit. État général bon, peau excellente, pouls à 84, égal, régulier. — Trois bouillons.

Le 9. Émétique, 0,60. Un vomissement le matin, gorge un peu rouge, pas de selles. État général satisfaisant, pouls à 70, égal, régulier. — Trois bouillons.

Le 10. Émétique 0,90 ; pas de nausées, pas de vomissements, pas de selles. Langue belle ; gorge à peine rouge ; appétit ; 68 pulsations ; pouls égal, régulier ; peau bonne. Etat général excellent. — Trois bouillons.

11. Pendant ces trois jours les mouvements ont été très-légèrement modifiés.

Du 11 au 14. Amélioration progressive et très-sensiblement marquée de jour en jour. La chorée des extrémités inférieures a d'abord cédé, puis celle des mains, qui a persisté la dernière.

Le 15. Les mouvements choréiques ont complétement disparu. La figure est calme ; la marche est facile et assurée, les mains sont très-tranquilles ; la malade mange seule fort bien et s'habille parfaitement. Elle est maintenant occupée au service de la salle.

Le 19. La guérison se maintient ; il n'existe plus le moindre mouvement. On donne quelques bains sulfureux. Vers la fin du mois, l'enfant est rendue à ses parents dans un état de santé normale.

Dans les nouveaux cas que j'ai recueillis, la moyenne de la durée du traitement a été de 17 jours, chiffre qui diffère peu de celui que j'ai donné dans ma thèse (16 jours 5/9).

Cette moyenne est de beaucoup inférieure aux moyennes obtenues à l'aide des bains sulfureux et de la gymnastique réunis, ou de la strychnine.

Une fois que les mouvements choréiques ont cessé complétement ou alors qu'il ne reste plus qu'un peu d'hésitation, on consolide la guérison par les bains sulfureux et par la gymnastique.

Telle est en résumé la nouvelle méthode, instituée par M. Gillette : elle diffère de celles de Laënnec et de M. Bouley. En effet, Laënnec donnait l'émétique tous les jours sans interruption, depuis le début de la maladie jusqu'à sa guérison. M. Gillette administre, au contraire, l'émétique par séries de trois jours, séparées par un intervalle de trois jours, pendant lequel le malade se repose.

Les différences sont beaucoup plus tranchées avec la méthode de M. Bouley, puisque ce médecin donne l'émétique comme agent perturbateur et que, par l'élévation de la dose du médicament, et par la rapidité de son ingestion, il provoque le développement instantané des effets physiologiques les plus intenses dus à l'action de cet agent thérapeutique.

M. Gillette, au contraire, renchérissant en quelque sorte sur Laënnec, met tous ses soins à établir la tolérance, à faire absorber l'émétique, sans provoquer aucun de ses effets physiologiques. Or, ce sont là des différences capitales.

La méthode formulée par M. Gillette ne présente aucun danger; elle est instituée de manière à permettre de combattre tous les accidents qui peuvent se produire, et de les étouffer à leur naissance. De plus, on guérit ainsi très-rapidement la chorée, et les résultats obtenus jusqu'à ce jour sont des plus satisfaisants et des plus remarquables à la fois.

Une pareille innocuité, de semblables succès sont faits pour provoquer la confiance et pour encourager les médecins à expérimenter en toute sécurité la nouvelle méthode que nous venons proposer aujourd'hui.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Coup d'œil sur l'état de la thérapeutique concernant le spina-bifida ; son traitement par les injections iodées (1).

Les belles recherches de M. le professeur Velpeau sur la valeur des injections iodées dans les hydropisies des cavités closes devaient

(1) Voir tome L, p. 448 et 490.

nécessairement conduire les expérimentateurs à essayer l'emploi de la nouvelle médication dans les cas d'hydrorachis. En effet, l'éminent clinicien, après avoir prouvé par des observations nombreuses, non-seulement l'innocuité, mais encore les bons effets de ces injections comme traitement de toutes les variétés d'hydrocèles, des hydropisies des cavités closes sous-cutanées, des cavités tendineuses et même des hydropisies articulaires, en présence des résultats fournis par ses essais thérapeutiques, n'avait pas hésité à en provoquer de nouveaux et plus délicats encore. « Que de motifs, dit-il, d'attaquer le spina-bifida, ou hydrorachis, l'hydrocéphalie, l'hydropéricarde, l'hydrothorax et l'ascite, à l'aide d'un remède, d'une opération qui réussit dans un si grand nombre de cas, qui entraîne si peu d'inconvénients quand on l'applique à d'autres cavités de même nature! Quand on sait que la mort est la terminaison presque inévitable de toutes ces maladies, de quelque manière qu'elles soient traitées, n'est-il pas permis de songer à quelque remède nouveau? »

Mais quelque puissante que soit l'induction, les praticiens sérieux hésitent toujours devant la première tentative, car ils n'oublient pas que c'est un pauvre malade qui va être la coupelle de la valeur de leur raisonnement; aussi, arrivant à l'application, ils s'arrêtent. M. Velpeau devait en offrir un nouvel exemple. « D'un autre côté, ajoutait-il, comment mettre la main à l'œuvre en matière pareille? Qui osera le premier porter la teinture d'iode dans un spina-bifida, dans la cavité du crâne, sachant que l'inflammation des méninges devient rapidement mortelle? Quelle perplexité pour celui qui ferait une injection iodée dans le péritoine, quand on réfléchit aux dangers de la péritonite aiguë! Quoique rassuré déjà par le mécanisme de l'inflammation que détermine la teinture d'iode dans les cavités séreuses; quoique très-disposé à admettre comme probable son efficacité dans le spina-bifida, dans l'hydropéricarde, dans l'hydrothorax même, je n'en ai pas moins reculé jusqu'à présent devant sa première application à l'espèce humaine en pareil cas. J'ai voulu que des expériences sur des animaux éclairassent d'abord diverses questions dont la solution me paraît importante. »

Nous n'avons pas besoin de rappeler les conclusions que le sagace chirurgien a su tirer de ses expériences relativement aux dangers de l'emploi de solutions trop concentrées, au mode d'action des injections dans ces cas, c'est-à-dire que c'est l'inflammation qui tue et non l'empoisonnement produit par l'absorption de l'iode; puis, comme il arrive à prouver qu'en ne donnant à cette inflammation qu'une intensité légère, on peut faire de l'injection iodée une opération peu dangereuse.

L'innocuité des ponctions successives pratiquées dans les hydropisies, jointe aux résultats de ces expérimentations de l'agent médicamenteux, montrant qu'on pouvait régler le degré d'inflammation curative, devait enhardir les chirurgiens et justifier les prévisions de M. Velpeau.

Le mérite d'avoir produit le premier fait de guérison d'un spina-bifida par les injections iodées revient à M. le docteur Brainard, professeur de chirurgie au Collége de médecine de l'Illinois. Voici le fait.

OBS. XV. *Spina-bifida chez une jeune fille idiote de treize ans. — Quinze injections d'une solution aqueuse d'iode ioduré. — Guérison.* — La tumeur avait neuf pouces (anglais) de circonférence et siégeait sur le sacrum; ses parois étaient très-minces. La jeune fille était paralysée des membres inférieurs depuis sa naissance, mais depuis trois ans elle commençait à pouvoir s'en servir. Elle était idiote et rendait involontairement ses urines et ses matières fécales. Par suite du défaut de propreté, il se formait de temps en temps des ulcérations profondes sur les cuisses et sur les parties molles du bassin. Dans ces circonstances, M. Brainard se décida à injecter dans la tumeur une solution de 4 grammes d'eau, 2 centigrammes et demi d'iode, 5 centigrammes d'iodure de potassium. Pour cette injection il fit une petite piqûre avec une lancette sur la peau saine, à un pouce et demi de la base de la tumeur, et y introduisit obliquement un trocart mince comme une aiguille à tricoter, par lequel il injecta le liquide. L'opération détermina une douleur vive, qui ne tarda pas à perdre de son intensité. Des compresses et un bandage furent appliqués pour empêcher la sortie du liquide; la malade fu maintenue au lit. Bientôt, rougeur, chaleur et tension de la tumeur, avec sensibilité au toucher et quelques symptômes fébriles. On administra un purgatif, et l'on fit quelques lotions réfrigérantes sur la tumeur. En une semaine, les symptômes alarmants disparurent; la tumeur avait repris sa mollesse et avait diminué de volume. On commença la compression; mais l'indocilité de la malade s'opposa à ce qu'on pût l'appliquer avec régularité. Cependant la tumeur diminuait : au vingt-cinquième jour, elle n'avait plus que la moitié de son volume. A cette époque on fit une seconde injection, mais en donnant au liquide moitié moins de force que la première fois. L'injection ne détermina que peu de douleur et de chaleur, et l'on reprit la compression. Vingt jours après, l'absorption était telle, que la tumeur était presque au niveau des parties environnantes. On substitua à la compression avec des bandes l'emploi d'un bandage à ressort. A partir de ce moment la guérison a pu être considérée comme complète, et M. Brainard a publié son observation. (*Medic. Times* et *Bulletin de Thérapeutique*, t. XXXV.)

Il paraît que la tumeur s'est reproduite, car, dans un mémoire lu en 1853 à la Société de chirurgie, M. Brainard cite de nouveau ce fait, et nous lisons le passage suivant : « Le traitement dura dix mois (du 2 décembre 1847 jusqu'au mois d'octobre 1848). Je le suspendis, cependant, à différents intervalles, pendant plusieurs semaines, et une fois pendant trois mois. Je fis quinze injections; j'employai des solutions dont la force était au minimum d'un 1/2 grain d'iode

et de 1 grain d'iodure de potassium pour une once d'eau distillée, et au maximum de 4 grains d'iode et de 6 grains d'iodure pour la même quantité d'eau. La guérison fut parfaite et permanente. A la place occupée par la tumeur, la peau est déprimée et froncée, et l'on sent l'ouverture qui établissait la communication entre celle-ci et le canal rachidien. Ce traitement a été suivi d'une amélioration notable de l'état général. En quelques années, la malade recouvra l'usage de ses membres à un degré suffisant pour pouvoir marcher, et, en outre, elle devint assez intelligente pour se conduire seule. »

Le second fait de guérison a été fourni par un médecin français, M. du Tremblay. Nous allons reproduire l'analyse que nous en avons publiée.

Obs. XVI. *Spina-bifida siégeant à la région lombaire. — Une injection de teinture d'iode au quart.— Guérison.*—Un enfant de quatorze mois portait à la région lombaire, depuis sa naissance, une tumeur hémisphérique qui, d'abord du volume d'une grosse noix, avait acquis peu à peu les proportions d'une tête de fœtus à terme; seulement on ne pouvait plus à cette époque la réduire par la compression, *comme on le faisait au moment de la naissance*. Cette tumeur s'étant ouverte spontanément trois mois après la naissance, mais par une ouverture si petite que la tumeur, qui d'abord s'était affaissée, avait dès le lendemain repris son volume primitif par l'oblitération du petit pertuis, M. du Tremblay essaya d'abord l'acuponcture avec la compression, puis la ponction avec la lancette, enfin l'ablation d'une partie de la tumeur, en réunissant immédiatement la plaie au moyen d'aiguilles traversant la base du pli réséqué. Cette dernière opération, pas plus que les précédentes, n'ayant été suivie de succès, ce médecin, après avoir constaté à diverses reprises l'oblitération de la colonne vertébrale et l'existence à la base de la tumeur d'une surface osseuse déprimée en une sorte d'infundibulum, capable de loger l'extrémité de l'index et appartenant à la dernière vertèbre lombaire, se décida, après avoir retiré le liquide à l'aide d'une ponction avec le trocart, à faire dans la tumeur une injection d'eau contenant un demi-quart de teinture d'iode. Le lendemain, la tumeur s'était formée de nouveau, mais bien moins volumineuse, et huit jours après, sans aucun accident, elle s'était tellement effacée, qu'elle n'offrait plus qu'un léger relief au-dessus du niveau de la peau voisine. Il resta pendant quelque temps un pertuis fistuleux, qui se cicatrisa spontanément. A la fin du mois, on voyait à la place de la tumeur une espèce de relief d'une consistance pâteuse, comme si un tampon de caoutchouc eût été appliqué sur l'infundibulum osseux, pour l'oblitérer. (*Mémoires de la Société médicale d'Indre-et-Loire*, et *Bulletin de Thérapeutique*, t. XXXVI.)

Ce fait montre un de ces exemples dans lesquels l'ouverture de communication de la tumeur avec le rachis est tellement étroite que l'oblitération s'en produit, soit par le développement ultérieur des lames vertébrales, soit plutôt par le dépôt de produits plastiques. L'innocuité des tentatives opératoires prouve en outre qu'aucun élément nerveux n'entrait dans la composition des parois de la poche.

Quant à la nature de l'affection, il n'est pas permis de la mettre en doute : la réduction du liquide contenu dans la poche au moment de la naissance témoignait qu'elle communiquait avec le rachis, et que c'était un spina-bifida. Cette observation était donc à citer à l'appui de l'efficacité de la médication par les injections iodées, et nous sommes étonné qu'elle ait échappé aux recherches de M. Boinet.

Nous avons encore inséré deux autres faits de guérisons obtenues, l'une par M. Chassaignac, l'autre par M. Velpeau; la date de leur publication est trop récente pour que nous ayons besoin de rappeler autre chose que le sommaire des observations.

Obs. XVII. *Spina-bifida, tumeur siégeant à la région lombo-sacrée, chez un enfant de deux mois.— Une seule injection d'eau et de teinture d'iode à parties égales. — Guérison.* (Bulletin de Thérapeutique, t. XLV, p. 65.)

Obs. XVIII. *Spina-bifida, tumeur siégeant à la région lombo-sacrée. — Six injections iodées, les deux premières composées d'un mélange d'un tiers de teinture et de deux tiers d'eau, les quatre autres de teinture d'iode pure. — Guérison* [1]. (Bulletin de Thérapeutique, t. XLVI, p. 123.)

Depuis la publication de ces faits, M. le professeur Brainard est venu lire à la Société de chirurgie un mémoire dans lequel, non-seulement il a complété l'observation de la malade chez laquelle il avait appliqué pour la première fois la méthode des injections iodées à la cure du spina, mais où l'on trouve encore les résultats de plusieurs autres tentatives semblables. L'importance de la question nous engage à les reproduire.

Obs. XIX. *Spina compliqué d'hydrocéphale chez un enfant de trois mois. — Trois injections iodées; deux au tannin.—Guérison du spina-bifida.*—La tumeur occupait la région lombaire. Elle avait trois pouces et demi de longueur, deux pouces et demi de largeur et un pouce de hauteur. Les parois étaient minces et demi-transparentes; le traitement de ce cas, à partir du 12 décembre 1850, dura quatre semaines. « Je fis trois injections iodées et deux injections d'une solution de tannin. Il y eut une diminution rapide dans le volume de la tumeur, qui devint ferme et couleur de chair. La tête cependant était chaude et avait augmenté de volume. La malade mourut de convulsions, auxquelles elle était sujette depuis sa naissance. A l'autopsie je trouvai l'ouverture donnant dans le canal rachidien entièrement fermée. Le sac contenait un drachme de sérosité limpide; les parois étaient épaissies, fermes, *sans aucune apparence d'inflammation.* »

« Le traitement, ajoute M. Brainard, ne produisit aucun effet fâcheux sur l'enfant, bien au contraire; cette petite fille, qui auparavant était faible, se fortifia sous l'influence de ce traitement, et sa crois-

[1] M. Velpeau nous a dit avoir vu récemment (juin 1856) sa petite malade, qui est aujourd'hui une grande fille admirablement développée.

sance fut rapide jusqu'au moment de sa mort. » Mais, pour nous faire partager sa conviction à cet égard, ce chirurgien aurait dû nous fournir des détails plus étendus sur les phénomènes présentés par cet enfant, pendant et après l'occlusion de sa tumeur. On éprouve le même regret après la lecture de chacune de ses autres observations, ainsi qu'on va le voir.

Obs. XX. *Spina-bifida compliqué d'hydrocéphalie chez une petite fille de huit jours.— Guérison après une seule injection iodée.—* La tumeur était située sur la partie inférieure de la région lombaire. Elle avait trois pouces de longueur et un pouce et demi de largeur. Un point de la surface était demi-transparent et paraissait formé seulement par les membranes du canal vertébral. « J'obtins la guérison, dit M. Brainard, par une seule injection de 2 grammes d'une solution iodée, formulée ainsi : iode, 5 centigrammes ; iodure de potassium, 10 centigrammes ; eau distillée, 30 grammes. L'injection pratiquée, je fis une application de collodion sur la surface de la tumeur. La guérison fut parfaite, l'enfant vécut encore sept mois après la fin du traitement. »

Obs. XXI. *Spina-bifida de la région lombaire. — Rupture de la tumeur pendant l'accouchement. — Injections répétées dans la cavité rachidienne. — Guérison.—* La tumeur était volumineuse, l'accident ne causa pas la mort de l'enfant ; mais comme une suppuration et un écoulement purulent provenaient de la cavité du canal vertébral, « je fis, dit M. Brainard, dans la cavité et le canal, des injections répétées avec des solutions iodées composées de : iode, 20 centigrammes; iodure, 60 centigrammes; eau distillée, 50 grammes; l'enfant guérit parfaitement et vécut en bonne santé sept semaines. A cette époque il mourut subitement, à la suite de convulsions. Ce cas fait voir que l'inflammation du canal vertébral n'est pas aussi nécessairement mortelle qu'on le suppose. »

Dans ce travail, M. Brainard rapporte encore qu'il a été témoin de deux autres cas de spina-bifida, traités avec succès de la même manière et sous sa direction ; mais n'ayant pas les détails de ces deux cas, il ne peut les donner maintenant. Il peut dire cependant qu'ils n'offrent aucune différence essentielle avec les cas ci-dessus, et il en tire la conclusion que les solutions aqueuses d'iode et d'iodure de potassium peuvent être employées en toute sécurité dans le traitement du spina-bifida.

Avant de discuter la valeur des règles formulées par ce chirurgien, nous voulons exposer les résultats de quatre autres tentatives qui nous ont été signalées. La première est due à M. Robert : elle présente une grande valeur à nos yeux, en ce qu'elle prouve que la pratique des injections iodées dans le canal rachidien n'est pas aussi innocente que le proclame le chirurgien américain.

Voici la note que nous a remise notre collègue :

Obs. XXII. *Spina-bifida de la région lombaire chez un enfant de trois mois. — Injection iodée. — Pénétration du liquide dans le ventricule cérébelleux. — Mort immédiate du petit malade. —* « J'ai observé ce fait à l'hospice Beau-

jon, en mai 1855. La tumeur était placée vis-à-vis de la base du sacrum et avait le volume d'un abricot. Son pédicule, assez grêle, permettait de supposer que l'ouverture de communication avec le canal rachidien était peu considérable. Je pratiquai d'abord une ponction avec un trocart très-fin et, ayant vidé la poche, je tentai la compression; mais l'enfant ne put la supporter et le liquide se reproduisit promptement. Je me décidai alors à tenter une injection iodée.

« Je fis d'abord à la tumeur une ponction à l'aide de l'aiguille trois-quarts et vidai le liquide contenu dans la poche; puis, avec une seringue d'Anel, j'y injectai de la solution iodée, selon la formule de Guibourt.

Eau................	100 p.
Alcool...............	50 p.
Iode................	} aa 5 p.
Iodure de potasse......	

L'injection fut poussée lentement et n'eut à surmonter aucune résistance. Mais à peine la seringue tout entière eut-elle été vidée que l'enfant, qui était couché sur le ventre et qu'un aide maintenait sur lui, fut pris de légers mouvements couvulsifs des membres, avec renversement de la tête en arrière. Je me hâtai de le retourner pour lui porter secours : il était mort. A la nécropsie je trouvai, à mon grand étonnement, que la solution iodée avait remonté dans la cavité sous-arachnoïdienne, jusqu'au-dessus du *calamus scriptorius* et dans le ventricule cérébelleux. »

Le résultat fatal éprouvé par M. Robert montre combien il importe de clore avec soin l'ouverture de communication de la tumeur avec le canal rachidien, afin de prévenir ainsi la pénétration du liquide de l'injection iodée dans la cavité arachnoïdienne. Cette compression est toujours facile lorsque la tumeur est pédiculée; et si, dans ces cas, le chirurgien était dépourvu d'un aide intelligent auquel il pût confier cette manœuvre, il lui suffirait d'étreindre la base des parois du spina-bifida entre deux bouts de sonde en gomme élastique, ou deux tuyaux de plumes, suivant le procédé que nous avons décrit.

Voici un second cas de mort dont nous devons la communication à notre savant collaborateur, M. Serres (d'Alais).

Obs. XXIII. *Spina-bifida de la région lombaire traité par deux injections d'eau et de teinture d'iode à parties égales.—Accidents inflammatoires.— Mort.* — « Le 3 novembre 1853, la nommée X... donna naissance à une petite fille portant à la région lombaire une tumeur dont le volume égalait celui de la tête de l'enfant. Cette tumeur, entièrement recouverte par la peau, était transparente, en partie réductible et munie d'un pédicule. A travers ce pédicule on sentait très-distinctement, à l'aide du doigt, l'ouverture de communication avec le rachis, ouverture arrondie, nettement circonscrite et admettant facilement l'introduction de l'index. L'enfant d'ailleurs était bien portante et prenait le sein avec avidité.

« En présence de l'accroissement continu de la tumeur, le docteur Serres se décida à la traiter par les injections iodées. Le 11 novembre, une ponction faite

avec un trocart ordinaire donne issue à environ 3,000 grammes de liquide séreux. Elle est immédiatement suivie d'une injection iodée (moitié teinture d'iode), pendant qu'un aide, appuyant le doigt sur le collet, empêchait le liquide iodique de refluer dans le canal rachidien. La tumeur, malaxée en tout sens, et complétement vidée, est ensuite maintenue réduite au moyen d'un bandage contentif. Les phénomènes réactionnels furent à peu près nuls; l'enfant continua à se bien porter comme par le passé. D'un autre côté, le liquide ne tarda pas à reparaître dans la tumeur, et son augmentation progressive nécessita une nouvelle ponction, également suivie d'injection iodée, qui eut lieu quinze jours après la première.

« Le liquide morbide se reproduit de nouveau les jours suivants; la piqûre occasionnée par la ponction s'ulcère; la poche se vide spontanément et devient bientôt le siége d'une sécrétion purulente et fétide. Dès ce moment, l'état de l'enfant s'altère rapidement; des convulsions surviennent, et la petite malade meurt sept jours après cette deuxième ponction et vingt-neuf jours après sa naissance. »

En m'adressant cette observation, rédigée par le médecin de la famille, M. Serres me fait remarquer qu'il a pratiqué la ponction de la peau avec une lancette, afin de pouvoir faire pénétrer la pointe de son trocart le plus obliquement possible dans l'intérieur de la poche, et mettre ainsi l'ouverture du kyste à l'abri de l'influence de l'air. Il croit devoir rapporter à cette pratique la cause des accidents inflammatoires auxquels sa petite malade a succombé. Ainsi que je le ferai voir tout à l'heure, la méningite spinale a été provoquée par la dose trop considérable de teinture d'iode qui entrait dans la composition du liquide injecté. L'action topique, s'exerçant sur une surface d'une grande étendue (la poche présentait le volume d'une tête de fœtus), devait amener des accidents inflammatoires intenses.

Le fait suivant, emprunté à la pratique de M. Maisonneuve, va nous prouver de nouveau les dangers que les chirurgiens font courir à leurs petits opérés en dépassant, pour leurs premières injections, les proportions de teinture d'iode indiquées par M. le professeur Velpeau.

Obs. XXIV. *Spina-bifida de la région lombaire traité par l'injection d'une solution de teinture d'iode et d'eau à parties égales. — Guérison du spina. — Paraplégie. — Mort de l'enfant à l'âge de onze mois.* — Le 18 juin 1855, le docteur Lamoureux (de Nantes), assisté du docteur Gruget (de Montrevault) recevait un enfant du sexe masculin né à terme. En le lavant, on s'aperçoit qu'il présente dans la région lombaire une dépression large de 5 à 6 centimètres de diamètre, et recouverte d'une peau fine et transparente. Les membres inférieurs sont fortement fléchis, les genoux sur le ventre, les talons collés aux fesses; on peut étendre les membres, mais la rétraction tonique reproduit l'attitude aussitôt qu'on les abandonne. Le lendemain, la dépression est remplacée par une tumeur peu saillante, dont les parois sont constituées, dans les deux tiers de leur étendue, par un tégument si mince qu'on a lieu d'en craindre la

rupture d'un moment à l'autre. En présence de ces conditions du spina-bifida, les médecins portèrent un pronostic des plus graves.

Le grand-père de l'enfant mettant un dernier espoir dans une intervention active de l'art, et lié avec M. Maisonneuve, mande immédiatement ce chirurgien qui arrive le quatrième jour après l'accouchement. Malgré l'étendue et la gravité du vice de conformation, en présence du développement complet et de la constitution vigoureuse de l'enfant, notre collègue ne désespère pas de sa guérison. Les conditions anatomo-pathologiques du spina engagent ce chirurgien à recourir de préférence à l'injection iodée. Il pratique la ponction de la tumeur à l'aide d'un trocart de très-petite dimension, en retire environ un demi-verre de sérosité et y injecte une solution composée de teinture d'iode et d'eau, à parties égales. La tumeur n'étant pas pédiculée, il est impossible de s'opposer à l'entrée du liquide dans la cavité rachidienne, au moins à son contact avec la partie inférieure de la moelle, puisque les lames postérieures des trois premières vertèbres lombaires manquent. Quoiqu'on ait laissé ressortir immédiatement l'injection, et sans avoir exercé aucune malaxation de la tumeur, des accidents graves se produisent. Les membres pelviens perdent immédiatement leur attitude fléchie et une paralysie complète succède à la rétraction tonique. Le petit malade pâlit, éprouve une syncope, et l'on craint un instant pour ses jours. Enfin, après un quart d'heure de frictions et l'emploi d'autres moyens excitants, l'enfant est rappelé à la vie, mais la paraplégie persiste.

Environ huit jours après l'opération, la partie transparente des parois de la tumeur tombe en sphacèle; sa chute produit une plaie arrondie au fond de laquelle on aperçoit la moelle à nu dans une étendue de 3 centimètres à peu près. La plaie du trocart est complétement cicatrisée, M. Maisonneuve ayant pris le soin de faire pénétrer la pointe de l'instrument dans la partie saine de la peau, et à plus de 1 centimètre en dehors de la base du spina. Aucun phénomène de méningite spinale ne suivit la rupture de la tumeur; des bourgeons charnus se développèrent au pourtour de la plaie et comblèrent la perte de substance, sans amener aucun accident. En moins de cinq semaines, la cicatrice fut complète et la santé de l'enfant n'eût rien laissé à désirer, si une constipation opiniâtre n'était venue se joindre à la paraplégie. Cette inertie du rectum ne paraît pas être complétement le fait de l'injection iodée; car, pendant les cinq jours qui précédèrent l'opération, l'enfant n'avait qu'une garde-robe par jour et rendait des matières moulées; seulement, à dater du moment de l'intervention chirurgicale, la constipation s'aggrave et devient telle qu'il est nécessaire de vider le rectum à l'aide des doigts ou d'un instrument.

Vers le mois d'octobre, M. le docteur Raoul Leroy d'Etiolles, ami de la famille, vient passer quelques jours au château de Montrevault. Voici l'état dans lequel se trouvait l'enfant, quatre mois après l'opération : « C'était un bel enfant bien développé, mais je lui trouvai un teint cyanosé qui m'étonna. Evidemment, la respiration s'accomplissait mal; il avait la bouche toujours entr'ouverte, les yeux étaient un peu humides et injectés. Tout me fut expliqué lorsqu'on m'eut raconté l'histoire de cet enfant [1].

---

[1] Notre confrère devant publier cette observation *in extenso* dans son Traité des paraplégies, nous empruntons à son récit seulement les faits indispensables au but que nous poursuivons dans cet article et lui laisserons le soin de discuter les causes et l'étendue des lésions du système nerveux.

« A la place qu'occupait la tumeur existait une cicatrice saillante, très-inégale, formant une circonférence de 6 centimètres de diamètre, vivement colorée. Les doigts appuyés sur cette région sentaient un enfoncement causé par l'absence des lames vertébrales et des apophyses épineuses des trois premières vertèbres lombaires.

« Les mouvements dans les membres inférieurs étaient complétement nuls. Les muscles de la paroi abdominale eux-mêmes ne se contractaient que très-faiblement pendant la respiration, et il existait une paralysie de la moitié gauche du diaphragme. La sensibilité cutanée était absolument abolie jusqu'au-dessus des seins en avant ; en arrière, elle reparaissait un peu au-dessus de la cicatrice.

« L'appétit était développé, mais les matières n'étaient plus rendues seules, il fallait les extraire à l'aide d'une spatule. Il y avait un peu de procidence du rectum. Les urines étaient émises difficilement et s'écoulaient en bavant. »

L'enfant fut amené à Paris et confié aux soins de M. Duchenne. Quoiqu'il n'eût aucune espérance de remédier à une paralysie et à une anésthésie aussi étendues, notre confrère ne tenta pas moins l'essai de la faradisation. Trois mois de ce traitement n'eurent d'autre résultat que de rétablir les fonctions de la vessie et du rectum ; la paraplégie ne fut amendée en rien et l'amélioration de la paralysie incomplète du diaphragme fut si faible, qu'à l'âge de onze mois, l'enfant, ayant été affecté d'une bronchite légère, fut un matin trouvé mort dans son lit, à la grande surprise du médecin qui le soignait. Le petit malade avait succombé à une asphyxie causée par la paralysie du diaphragme, ainsi que M. Duchenne en a rapporté plusieurs exemples.

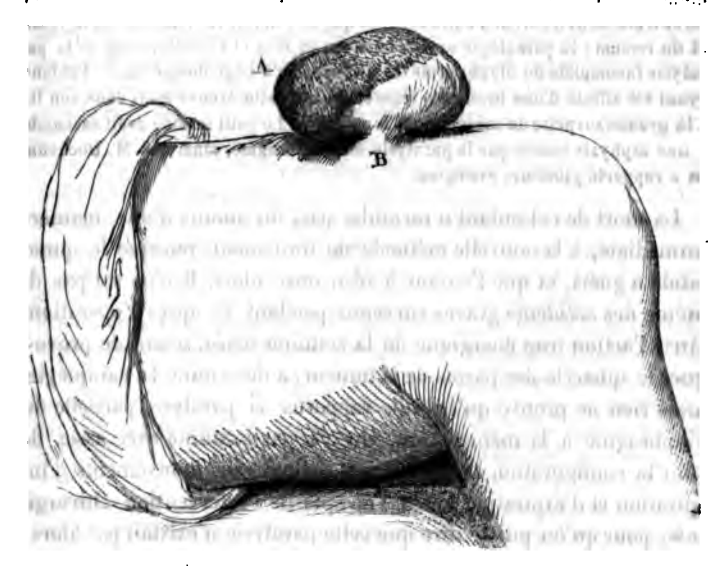
La mort de cet enfant n'incombe pas, du moins d'une manière immédiate, à la nouvelle méthode de traitement, puisque le spina-bifida a guéri, et que l'enfant à vécu onze mois. Il n'en est pas de même des accidents graves survenus pendant et après l'opération; ainsi l'action trop énergique de la solution iodée, avant de provoquer le sphacèle des parois de la tumeur, a déterminé la paraplégie, mais rien ne prouve qu'il faille rapporter la paralysie partielle du diaphragme à la même cause. On n'a pas examiné avec assez de soin la configuration de l'abdomen pendant les mouvements d'inspiration et d'expiration avant l'époque de l'intervention chirurgicale, pour qu'on puisse dire que cette paralysie n'existait pas alors; on doit mettre la même réserve en ce qui concerne l'anésthésie cutanée. Malgré les doutes qu'il faut conserver touchant les causes de ces lésions, et, que ces lésions soient le résultat d'un arrêt de développement du système nerveux ou le produit de l'action traumatique provoquée par le contact de la solution iodée, cette observation n'en conserve pas moins tout son intérêt pratique.

L'étendue de la fissure vertébrale, l'absence d'un pédicule à la poche, plaçaient ce spina-bifida en dehors de toutes les méthodes connues de traitement; l'injection iodée seule prêtait à une tentative thérapeutique. Mais dans un cas semblable il eût été sans doute

plus prudent de n'employer qu'une solution d'iode très-étendue, si on ne voulait recourir à la formule même de M. Brainard.

Afin de compléter la série des faits d'expérimentation venus à notre connaissance, nous publions une dernière observation, recueillie à la clinique de M. Nélaton. Nous devons la communication de ce fait, ainsi que le dessin qui l'accompagne, à l'obligeance de M. J. Rouyer, un des élèves les plus distingués de ce professeur.

OBS. XXV. *Spina-bifida.— Tumeur pédiculée à la région lombaire.— Ponction suivie d'injection iodée. — Reproduction de la tumeur ; expectation. — Excision d'une grande partie de la poche ; suture.—Mort quelques jours après.* — Le 1er mai 1854, on apporte à la consultation de l'hôpital des Cliniques un enfant âgé de huit jours, né à la campagne. et qui portait une tumeur à la région lombaire. Il s'agissait d'un spina-bifida. La tumeur avait le volume d'un petit œuf; elle était soutenue par un pédicule B assez rétréci, comparativement



au volume total de la tumeur. Celle-ci était formée par une poche mince, remplie de liquide et où la fluctuation était des plus manifestes. La peau qui enveloppait cette collection liquide était amincie et, à la partie supérieure A, elle présentait une couleur violacée dans une étendue qui correspondait à peu près à la moitié de la tumeur. En comprimant la poche entre les doigts, on peut la vider entièrement, en refoulant le liquide dans le canal rachidien.

M. Nélaton se propose de pratiquer une ponction, en la faisant suivre d'une injection, et en ayant soin de ne pas laisser pénétrer ce liquide dans la cavité rachidienne, ce qui était facile à cause de la disposition pédiculée de la tumeur. Cette opération fut pratiquée, en effet, le 3 mai ; la ponction faite sur la partie saine de la peau donna issue à de la sérosité comparable à de l'eau pour la couleur et la consistance; puis, pendant qu'un aide pinçait le pédicule entre les

doigts, une solution composée d'un tiers de teinture d'iode et de deux tiers d'eau fut poussée dans la tumeur, en quantité suffisante pour distendre de nouveau la poche ; puis, après un séjour de quelques minutes, on fit ressortir le liquide injecté.

Le lendemain de l'opération, la tumeur avait repris son volume ; elle était tendue. M. Nélaton ne fit aucune manœuvre et ne tenta pas de faire rentrer le liquide; au contraire, il fit placer, pour éviter la compression de la tumeur, un petit appareil ainsi disposé : des rondelles d'amadou, percées à leur centre, furent superposées de manière à comprendre la tumeur dans la perforation des disques d'amadou ; on en plaça un nombre suffisant pour dépasser le niveau de la tumeur, et on les maintint au moyen d'une compresse et d'une bande roulées autour du tronc.

Le surlendemain, 5 mai, rien de particulier n'est survenu ; l'appareil remplit bien son but. L'enfant tette convenablement ; son état général est satisfaisant.

15 mai. Rien de nouveau ; la tumeur est aussi volumineuse. L'enfant va bien.

26 mai. La tumeur est toujours tendue ; elle paraît n'être pas réductible; on a appliqué autour du pédicule un petit anneau en caoutchouc, qui exerce une pression modérée et détermine la formation d'un petit sillon ulcéreux qui, en s'étendant en profondeur, pourra amener graduellement la séparation presque complète de la tumeur. L'enfant sort de l'hôpital ; il est dans un état moins satisfaisant ; il ne tette plus aussi bien et maigrit un peu.

12 juin. On ramène l'enfant à l'hôpital ; la tumeur ne diminue pas ; elle est toujours tendue. M. Nélaton pratique une excision de la peau au moyen d'une incision circulaire, faite assez loin de la colonne vertébrale ; une partie des téguments est ainsi conservée ; on réunit les bords de l'incision dans une direction linéaire et on place quelques points de suture pour tenter la réunion immédiate.

La santé de l'enfant, qui déjà devenait mauvaise, commence à décliner davantage ; il ne tette pas volontiers. Mort quatre ou cinq jours après cette nouvelle opération.

Ce fait n'est pas ici à sa place, car l'injection iodée n'a été suivie ni de guérison, ni d'accidents ; toutefois, il n'est pas sans valeur, car il vient à l'appui d'une conclusion importante que nous aurons à mettre en relief, l'innocuité des opérations, lorsque la dose de teinture d'iode ne dépasse pas le tiers de la quantité du liquide injecté. Si M. Nélaton eût connu les bons résultats de la tentative de M. Velpeau, nul doute qu'il n'eût préféré répéter les injections, en augmentant la force des solutions iodées, plutôt que de recourir à une méthode aussi dangereuse que celle de l'excision de la tumeur.

Maintenant que nous avons placé sous les yeux de nos lecteurs tous les faits de spina-bifida traités par les injections iodées qu'il nous a été possible de rassembler (et nous devons dire que nous avons interrogé, à cet égard, la plupart des chirurgiens de nos hôpitaux), nous devons jeter un coup d'œil rapide sur l'ensemble de ces premiers essais, afin de juger si la nouvelle méthode présente ce

triple caractère d'efficacité, d'innocuité et de facilité d'exécution, réclamé par la pratique courante.

(*La fin au prochain numéro*).

CHIMIE ET PHARMACIE.

Préparation de l'iodate de potasse.

Dans un article sur l'action du chlorate de potasse, publié dans ce journal, M. Gustin annonçait que les résultats thérapeutiques dont il avait été témoin le conduisaient à expérimenter quelques autres sels ayant, au point de vue chimique, une analogie des plus frappantes avec le chlorate, c'est-à-dire les iodates et les bromates alcalins. M. Gustin a débuté par étudier les propriétés de l'iodate de potasse, et, afin de pouvoir répondre de la pureté chimique du produit qu'il employait, il a dû préparer lui-même le nouveau sel.

Voici le procédé qu'il a suivi. — On prend 1 partie de chlorate de potasse que l'on fait réagir en présence de 5 à 6 parties d'eau préalablement acidulée par quelques gouttes d'acide azotique, et portée à l'ébullition. Dès que le dégagement du chlore a cessé, on traite la liqueur par une solution concentrée de chlorure de baryum. L'iodate de baryte, lavé à l'eau distillée, est décomposé par l'acide sulfurique. On sépare le sulfate de baryte par fraction, et on soumet la liqueur à une évaporation lente. On sépare les cristaux d'acide iodique, et on les lave à l'eau distillée; on les redissout dans l'eau également distillée et bouillante, et l'on sature la dissolution par le bicarbonate de potasse. Par le refroidissement, une grande quantité d'iodate de potasse se dépose en petits cristaux.

La dose à laquelle on a expérimenté l'iodate de potasse a varié de 25 centigrammes à 1 gramme 50 centigrammes. On voit que ce sel agit à moindre dose que le chlorate; son action est aussi plus prompte et plus énergique, ainsi l'iodate a triomphé de certaines stomatites gangréneuses alors que le chlorate avait échoué. M. Gustin devant nous donner prochainement un travail étendu sur la valeur thérapeutique de ce nouvel agent, nous nous bornons, pour aujourd'hui, à ces quelques renseignements.

Eau distillée alcoolique de moutarde comme agent révulsif.

Pr.	Graine de moutarde noire	1500 grammes.
	Alcool à 80°	250 grammes.
	Eau	Q. S.

Ecrasez les graines de moutarde, mettez-les avec l'alcool et suffi-

sante quantité d'eau dans la cucurbite de l'alambic, et distillez jusqu'à ce que vous ayez obtenu un produit de 1000 grammes. Il est important que la moutarde soit fraîchement écrasée.

Des compresses imbibées de cette préparation produisent, suivant M. Heusler, les mêmes effets que les sinapismes. Leur effet très-prompt et la facilité de leur emploi peuvent rendre des services à la pratique courante.

Nouveau procédé pour la préparation du chloro-iodure mercureux.

Par M. Dannecy, pharmacien des hôpitaux civils, à Bordeaux.

Les formules publiées par divers auteurs pour la préparation du chloro-iodure mercureux sont très-variées; il en résulte que les échantillons fournis par les fabricants de produits chimiques diffèrent beaucoup entre eux, et il en résulte aussi, comme on doit s'y attendre, une fâcheuse inconstance dans les effets thérapeutiques de ce médicament. Tantôt les pommades dont il est le principe actif sont d'une innocuité absolue, tantôt elles sont corrosives.

C'est ce qui m'a déterminé à rechercher un mode de préparation d'une exécution facile, donnant un sel à proportions bien définies, et résistant à la dissolution et à la sublimation.

Je ne passerai pas en revue les procédés successivement proposés: tous fournissent des mélanges en proportions variables de chlorures et d'iodures de mercure, auxquels l'eau, l'alcool ou la chaleur enlèvent l'un ou l'autre de ces composés, selon qu'il prédomine, et dont l'action thérapeutique rappelle plus ou moins celle des chlorures ou des iodures de mercure.

Tout le monde comprend les graves inconvénients de ces incertitudes, qui suffiraient pour frapper de discrédit les médicaments les plus précieux.

Voici le procédé que je propose :

Prenez d'une part :

Iode pur	25 grammes.
Alcool à 92°	200 grammes.

Dissolvez d'une part :

Proto-chlorure de mercure	50 grammes.

Introduisez le sel mercuriel dans un ballon, chauffez-le dans l'eau bouillante; ajoutez peu à peu la solution alcoolique d'iode, en agitant le ballon de temps en temps.

A mesure que l'alcoolé est ajouté, la combinaison s'opère, ce qui

se reconnaît aisément à la décoloration du liquide. Bientôt la saturation a lieu, et l'alcoolé d'iode n'est plus décoloré ; alors le calomel est transformé en un sel d'une couleur écarlate d'un admirable éclat.

Jetez ce nouveau sel sur un filtre, et lavez-le avec un peu d'alcool pour le débarrasser de l'excès d'alcoolé d'iode dont il est mouillé ; il ne reste plus qu'à le faire sécher.

Le chloro-iodure mercureux ainsi obtenu est parfaitement homogène, en petits cristaux cubiques d'un rouge écarlate très-brillant. Il est soluble dans vingt fois son poids d'alcool froid, et cristallisable par l'évaporation de ce véhicule, en reprenant ses formes et toutes ses propriétés primitives. Il est insoluble dans l'eau ; on peut le sublimer par la chaleur, sans qu'il se décompose ; et par le refroidissement, les vapeurs reproduisent le même composé rouge écarlate en petits cristaux cubiques.

Le liquide surnageant le chloro-iodure mercureux, préparé comme je viens de le dire, est très-complexe. Lorsqu'on l'évapore, on obtient un mélange indéterminé d'au moins trois composés mercuriels chlorurés et iodurés paraissant peu stables, et à la fin on retrouve le chloro-iodure mercureux cubique dont nous nous occupons en ce moment, et dont une partie était restée en dissolution.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Note sur deux cas de tumeurs hémorrhoïdales guéries par l'emploi de la ligature.

Je m'empresse de répondre à l'appel que vous adressez à vos lecteurs dans votre dernier compte rendu des travaux publiés par le *Bulletin de Thérapeutique*, en vous adressant deux faits récents de ligature de tumeurs hémorrhoïdales.

Les auteurs s'accordent à repousser l'emploi de la ligature comme traitement des tumeurs hémorrhoïdales, parce que ce moyen peut provoquer la phlébite, et ils accordent la préférence à la cautérisation par le fer rouge ou par les caustiques. N'est-ce pas là un de ces préceptes trop absolus contre lesquels la pratique a mainte occasion de s'inscrire en faux ?

Dans les cas assez fréquents qui se sont offerts à mon observation, rien n'est jamais venu justifier l'exclusion de la ligature, tandis que j'ai toujours vu les malades éprouver pour le fer rouge une répugnance telle, qu'ils préféraient conserver leur mal.

Disons aussi que la cautérisation réclame le concours d'aides qu'on rencontre difficilement dans les campagnes ; que les plaies qui en

sont la suite sont douloureuses et exigent, pour se cicatriser, un temps assez long, pendant lequel le malade est astreint à des précautions que n'entraîne pas la ligature.

Ajoutons enfin qu'à l'aide de la ligature on est certain de rétrécir le diamètre du canal muqueux que les hémorrhoïdes ont dilaté, et de remédier ainsi à la fois à la présence des hémorrhoïdes et à la chute de la muqueuse du rectum qui en est la conséquence.

Voici l'histoire des deux derniers cas de ma pratique qui se sont offerts en août et septembre 1857.

Obs. I. Une jeune dame, de Lurcy (Allier), âgée de trente ans, petite, maigre, délicate, a eu un seul enfant aujourd'hui âgé de sept ans; quelque temps après sa couche elle ressentit les premiers symptômes du mal pour lequel elle vient me consulter et qu'on dit être une chute du rectum. Depuis quatre ans cette maladie a fait de tels progrès, qu'il suffit aujourd'hui que Mme A... reste debout pour qu'immédiatement le fatal bourrelet se produise. Elle a usé, sans succès, de tous les astringents connus, depuis l'eau froide en bains et en lavements jusqu'aux préparations de tannin les plus énergiques. Son découragement est tel qu'elle est tombée dans le marasme, dans la mélancolie la plus noire, et qu'elle est tourmentée d'idées de suicide auxquelles le devoir maternel l'empêche seul de céder.

L'examen m'offre un bourrelet rectal assez volumineux sur lequel sont implantés trois rangs concentriques de tumeurs hémorrhoïdales; les plus extérieures, au nombre de trois, sont grosses comme des cerises; les plus intérieures comme des groseilles. Au reste, la muqueuse intestinale est saine et vermeille comme les tumeurs elles-mêmes.

Je pratique immédiatement la ligature des trois plus grosses, en passant à la base une anse de fil très-lâche au moyen de laquelle je fais exercer une traction assez forte sur le pédicule, de manière à entraîner la muqueuse sur laquelle il est implanté, ce qui me permet de comprendre dans ma ligature une notable portion de la muqueuse elle-même.

Le surlendemain, voyant que mes ligatures n'ont pas remonté, je coupe les tumeurs bien au-dessus du fil, afin de pouvoir faire rentrer le bourrelet dont l'issue permanente cause d'assez vives douleurs.

Trois jours après, mes ligatures étaient tombées en donnant lieu à une cicatrice froncée, indiquant par la nature et la tension de ses plis un resserrement prononcé de la muqueuse anale.

Je procédai de la même manière pour le second rang de tumeurs; et j'espérai que le troisième rang, par son petit volume, me dispen-

serait d'une troisième opération. Mais l'intestin avait acquis une telle mobilité, une telle habitude de se dédoubler au moindre obstacle, que je fus obligé de recourir une troisième fois à la ligature. Seulement je n'excisai pas les tumeurs ; je les repoussai dans le rectum avec les anses des fils, qui furent rendues après trois jours sans que la malade s'en aperçût.

Je revis Mme A.... quatre mois après : elle me dit que l'intestin était encore sorti quelquefois peu de temps après l'opération, lorsque, faute de lavements, les matières fécales devenaient trop dures. Mais depuis trois mois elle ne prenait plus aucune précaution et se croyait guérie ; aussi avait-elle repris sa gaieté, sa fraîcheur et son embonpoint.

Obs. II. Un fermier de la commune d'Agonges (Allier) vient me consulter pour une chute du rectum, qui a dégénéré, dit-il, en un mal horrible auquel il ne peut manquer de succomber promptement. Cet homme, âgé de soixante ans, offre l'aspect de la décrépitude et du marasme : maigreur, bouffissure, teint jaune et plombé ; depuis fort longtemps il est condamné au repos absolu, à l'insomnie et aux douleurs les plus atroces.

Tout l'intervalle des fesses est rempli par une masse gris-noirâtre, fétide, couverte de sang et de pus. Examinant cette masse en détail, je reconnais qu'elle est formée de trois tumeurs distinctes, spongieuses, d'apparence érectile, du volume d'un gros marron, implantées sur un bourrelet formé par la muqueuse rectale, noirâtre elle-même, gorgée de sang et comme hypertrophiée.

Je procède à la ligature de la plus grosse tumeur avec les mêmes précautions que ci-dessus, c'est-à-dire en embrassant dans une ligature une notable portion de la muqueuse.

J'opère successivement de même les deux autres tumeurs à six jours d'intervalle. Je complète la cure par quelques douches ascendantes froides, pour donner du ton au rectum relâché depuis si longtemps.

Six mois après, le brave fermier vient me voir, parfaitement guéri, ayant recouvré la force de son âge, et se livrant sans inconvénient aux travaux agricoles.

Voilà deux exemples où la ligature a eu un succès complet, sans avoir donné lieu aux accidents qui la font rejeter dogmatiquement. Et cependant y eut-il jamais de circonstances plus favorables au développement de la phlébite que chez le sujet de la deuxième observation ?

E. Regnault, D. M.,
Inspecteur des eaux thermales de Bourbon-l'Archambault.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique des maladies de l'œil, par M. Mackenzie, chirurgien oculiste de Sa Majesté Britannique, professeur d'ophthalmologie à l'université de Glascow, traduit en français, d'après la 4e édition anglaise, par MM. Warlomont et Testelin.

Le savant Traité de M. Mackenzie a déjà été traduit en français par MM. Laugier et Richelot. Cette traduction, faite sur la troisième édition anglaise, a rendu d'incontestables services aux praticiens de notre pays ; mais elle est devenue aujourd'hui tout à fait insuffisante. Pendant les quatorze années qui se sont écoulées entre la troisième et la quatrième édition anglaise, de 1840 à 1854, l'ophthalmologie a fait de notables progrès, et le professeur de Glascow a pu faire à son ouvrage des additions importantes. Il était donc utile de reproduire dans notre langue une édition qui diffère beaucoup de celle que les lecteurs français connaissent déjà. D'ailleurs, la traduction de MM. Laugier et Richelot, quoique excellente sous le rapport de la correction et de l'élégance, ne donnait pas une idée complète de l'œuvre de l'oculiste écossais ; l'éditeur, désirant autant que possible en abaisser le prix, avait visé à l'économie, et pour cela il avait supprimé, d'une part, la bibliographie et les notes, d'autre part, les figures intercalées dans le texte original.

La nouvelle traduction de MM. Warlomont et Testelin a échappé à cette double mutilation. Cette fois, l'éditeur s'est généreusement exécuté. Non content de reproduire en totalité le texte, les notes et les figures de la dernière édition anglaise, il s'est prêté aux additions considérables qui ont paru nécessaires aux traducteurs pour compléter l'ouvrage de M. Mackenzie, et pour le mettre au niveau de la science actuelle.

Et en effet, quel que soit le zèle avec lequel M. Mackenzie s'est efforcé de se tenir au courant des travaux modernes, il y a des résultats fort importants que les soins de son immense clientèle ne lui ont pas permis sans doute de vérifier, et qui pour cela n'ont pas trouvé place dans son livre. Puis, il faut bien le dire, car c'est dans les lois de la nature, il arrive un âge où l'homme le plus progressif n'aime pas ce qui vient déranger ses habitudes, surtout lorsqu'il s'agit d'innovations dont l'étude exige une longue et laborieuse initiation. Parmi les innovations auxquelles nous faisons ici allusion, il en est deux qui, grâce à la persévérance des travailleurs allemands, ont, depuis quelques années, ouvert des horizons nouveaux à l'oph-

thalmologie. D'une part, le microscope a fourni, pour la première fois, des notions positives sur la nature d'un grand nombre de lésions oculaires ; d'une autre part, l'ophthalmoscope, en permettant de faire pénétrer les regards jusque dans les parties les plus profondes du globe de l'œil, a rendu d'éminents services au diagnostic. Ces deux études datent à peine de quelques années, et elles sont bien loin d'être complètes ; mais elles sont dès aujourd'hui assez importantes pour mériter toute l'attention des praticiens, et pour avoir leur place marquée dans les traités classiques d'ophthalmologie. C'est ce que MM. Warlomont et Testelin ont heureusement compris, et nous devons les féliciter de n'avoir rien négligé pour rajeunir et compléter l'ouvrage de Mackenzie.

Ce but a été atteint autant qu'il pouvait l'être, grâce à l'érudition étendue des traducteurs, à leurs connaissances pratiques, et au concours que leur ont prêté de savants collaborateurs. M. Liebreich, de Berlin, a rédigé pour eux un traité d'ophthalmoscopie qu'ils ont placé en tête du second volume, sous forme d'introduction. Ils y ont joint une note détaillée sur le phosphène et les indications que fournit, sur l'état de la rétine, ce nouveau symptôme, découvert par M. Serres (d'Alais). Cette note est rédigée par M. Serres lui-même. Enfin M. Ed. Cornaz, de Neufchâtel (Suisse), leur a fourni des documents de la plus haute importance, résultat des recherches persévérantes auxquelles il se livre depuis longtemps sur les anomalies de l'appareil de la vision. Ces documents leur ont permis de rédiger, sous le titre trop germanique de : *Abnormités congéniales*, un long chapitre de plus de quarante pages en petit texte, chapitre entièrement original, plein de faits curieux et de renseignements bibliographiques.

Quant aux additions relatives aux récentes découvertes du microscope, les traducteurs, familiarisés l'un et l'autre avec le maniement de cet instrument, ont pu les tirer de leur propre fonds. Nous signalerons surtout un article additionnel de quarante-quatre pages en petit texte, avec de nombreuses figures, placé en tête du chapitre de la cataracte, et relatif à la structure microscopique, normale et pathologique de l'appareil cristallinien. Nous aurions bien quelques objections à leur présenter sur la question des cataractes capsulaires, dont ils n'admettent pas l'existence, et qui, pour eux, comme pour M. Malgaigne, sont toujours dues à un dépôt ajouté sur l'une des faces de la capsule, celle-ci conservant d'ailleurs sa transparence et son intégrité. Mais la discussion de ce point de doctrine nous entraînerait dans des développements beaucoup trop longs.

Les traducteurs, au surplus, ne se sont pas bornés à des additions sur les sujets entièrement négligés par Mackenzie. Leur présence se révèle dans tout le livre, tantôt par des remarques qui leur sont propres, tantôt par des observations tirées de leur pratique, tantôt enfin par des documents qu'ils ont empruntés aux publications contemporaines. Un signe de convention permet de ne pas confondre ces additions innombrables avec le texte original. N'oublions pas de mentionner un chapitre de soixante pages, entièrement dû aux traducteurs, sur l'ophthalmie militaire si commune en Belgique, et un long paragraphe sur le pannus, où se trouve résumée la pratique de M. Warlomont, qui ne craint pas de traiter cette affection par l'inoculation du pus blennorrhagique dans l'œil.

Par suite de toutes ces additions, qui forment bien près du tiers de l'ouvrage, le livre de M. Mackenzie se trouve en quelque sorte transfiguré, et la traduction française, envisagée sous le point de vue des avantages que le lecteur en retirera, des services qu'elle rendra soit aux praticiens, soit aux élèves, est certainement bien supérieure à l'édition originale. Mais en devenant ainsi plus exacte, plus complète et plus utile, l'œuvre du professeur de Glascow a perdu son homogénéité, et en quelque sorte sa physionomie ; en cessant d'être l'expression pure de l'école ancienne, à laquelle appartient M. Mackenzie, elle n'a pu se transformer assez pour devenir l'expression de l'école nouvelle à laquelle appartiennent les traducteurs. Ceux-ci se sont imposé le devoir de respecter toutes les phrases du texte : ils ne pouvaient agir autrement. Ils ont usé largement du droit de faire des additions, mais ils ont dû s'imposer la règle de ne faire ni suppression, ni changement. Il en résulte un défaut d'ensemble qu'on ne peut pas leur reprocher, car il fait partie intégrante de tout travail semblable à celui qu'ils ont exécuté. C'est ainsi qu'on trouve dans le même volume, à côté du remarquable article consacré par les traducteurs à l'anatomie pathologique du cristallin et de sa capsule, à la structure microscopique et à la nature des altérations dont cet appareil peut devenir le siége, un autre article contradictoire où l'auteur écossais décrit, sous le nom vicieux d'*ossification*, les dépôts pierreux qui peuvent s'effectuer dans les diverses parties de l'œil, notamment dans le cristallin, dans la capsule, et même dans le corps vitré. Les traducteurs n'ignorent pas que ce dernier article fourmille d'inexactitudes et qu'il aurait fallu, pour bien faire, supprimer tout à fait, ou du moins refondre entièrement les sept pages dont il se compose. Mais la nature de leur tâche ne leur permettait pas ce changement ; c'est

pourquoi, ne voulant ni approuver ni critiquer, ils ont reproduit l'article sans commentaires. Nous pourrions citer plusieurs autres exemples analogues. Nous le répétons, ceci n'est ni un blâme, ni un regret. Nous signalons un inconvénient inséparable de tous les travaux de ce genre, et nous nous plaisons d'ailleurs à louer le talent avec lequel MM. Warlomont et Testelin se sont acquittés de la tâche ingrate, mais éminemment utile, qu'ils se sont imposée.

Nous ne doutons pas que ce livre ne soit destiné à ce qu'on appelle un succès de librairie. Ce sera justice, puisque c'est maintenant le plus complet des traités d'ophthalmologie, et qu'on y trouve beaucoup de documents qui n'ont pas encore été publiés en France sous forme didactique. La bibliographie, très-soignée et très-étendue, rendra de grands services aux hommes d'étude; les six cent quarante observations rassemblées, soit par l'auteur, soit par les traducteurs, et choisies parmi les plus intéressantes et les plus instructives, fourniront aux praticiens de précieux exemples, et les cent soixante figures répandues, soit dans le corps de l'ouvrage, soit dans l'introduction du second volume (près de la moitié de ces figures appartiennent en propre à l'édition française), faciliteront aux élèves l'intelligence du texte. Tant d'avantages réunis permettent d'affirmer que l'ouvrage sera accueilli par le public avec une grande faveur.

Qu'il nous soit permis de dire, en terminant, quelques mots sur les deux traducteurs, ou plutôt sur les deux auteurs qui, unissant leurs travaux à ceux de Mackenzie, ont enrichi notre littérature de cet ouvrage important. L'un d'eux, M. Warlomont, déjà connu par plusieurs publications intéressantes, est rédacteur en chef des *Annales d'oculistique*, journal publié à Bruxelles, et depuis longtemps estimé; l'autre, M. le docteur Testelin, est un des membres de l'Assemblée législative qui ont dû quitter la France à la suite des événements de Décembre. Mais le malheur qui l'a frappé n'a pas refroidi son zèle pour la science, et les médecins français doivent un tribut d'éloges au confrère exilé qui, par ses utiles travaux, honore à la fois la profession qu'il exerce et le pays où il est né.

BULLETIN DES HOPITAUX.

De l'emploi du chlorure de chaux dans le traitement de la gengivite ulcéreuse chez les enfants. — La gengivite ulcéreuse est une des affections les plus fréquentes et les plus graves qui af-

fectent l'enfance; malgré les recherches toutes spéciales dont elle a été l'objet de la part des médecins placés à la tête des hôpitaux consacrés exclusivement à l'enfance, une médication réellement efficace reste encore à trouver. En face des lacunes nombreuses que présente le traitement de cette maladie, nous croyons rendre service à nos lecteurs en plaçant sous leurs yeux le passage suivant d'une note que M. Is. Henriette vient de communiquer à la Société des sciences médicales de Bruxelles.

— La gengivite est une maladie qu'il faut prendre en sérieuse considération dès son apparition, et parmi tous les moyens recommandés il n'en est pas de supérieur au chlorure de chaux. C'est ce que je vais chercher à démontrer, en m'appuyant sur un grand nombre de faits recueillis, pour la plupart, à l'hôpital, sous les yeux de tous ceux qui suivent notre clinique. Je crois pouvoir me dispenser de rapporter en détail toutes les observations qui ont trait au sujet que nous discutons : elles se ressemblent toutes; il ne peut y avoir de différence entre elles que sous le rapport de l'étendue de la lésion, de sa durée, des conditions pathogéniques diverses résultant des nuances constitutionnelles des sujets qui en étaient atteints.

Il n'est pas de praticien qui n'ait regretté plusieurs fois le peu d'efficacité des moyens généralement connus pour combattre la gengivite ulcéreuse et scorbutique. Il me souvient d'avoir vu, dans les hôpitaux, dans la clientèle civile, de nombreux malades chez lesquels les antiscorbutiques, les collutoires, soit boracés, soit aluminés, échouaient avec une persistance constante; d'avoir été condamné, des mois entiers, à voir la maladie étendre ses ravages, sans que rien pût s'opposer à sa marche envahissante.

Il importait donc à la thérapeutique des maladies de la bouche d'avoir une préparation réellement efficace à lui opposer. Le chlorure de chaux sec répond à ce but. Il me suffirait, pour démontrer cette proposition, d'ouvrir les registres d'observation tenus à l'hôpital et de rapporter vingt-cinq cas, pour le moins, où le chlorure de chaux a triomphé de l'opiniâtreté du mal avec une étonnante promptitude.

Je n'ai pas la prétention de présenter ce médicament comme nouveau, ni de revendiquer pour moi l'initiative de son emploi en médecine, car depuis longtemps il est connu et recommandé par plusieurs auteurs; mais, relégué sur un plan secondaire, on le citait comme pouvant être employé contre la gengivite après qu'on avait usé, je dirai même abusé, de moyens qui sont loin de le valoir. Mon but,

en traçant ces lignes, est de le mettre au premier plan, de lui assigner la première place avant tous les autres médicaments.

L'utilité pratique de cette tentative de ma part est facile à saisir. Dans le cours de cette notice, j'ai tracé, en termes concis, les dangers et les conséquences de la gengivite; j'ai dit qu'elle pouvait être le point de départ de la gangrène de la bouche; qu'elle ne tardait pas, en se prolongeant, à apporter des troubles profonds dans l'économie générale; que la sanie fétide qu'elle provoquait se mélangeait aux aliments et troublait les digestions; que l'odeur infecte qu'elle répandait, en viciant l'atmosphère, devenait pour le malade un danger sérieux, pour la famille, un motif de répulsion en même temps qu'une cause de maladie. Après cela, je demande si un médicament qui a pour effet à peu près certain de conjurer et de combattre, avec le succès le plus certain, les symptômes de ces divers états morbides, ne doit pas être prôné avec l'énergie que donne une conviction profonde, basée sur une foule de faits?

Le chlorure de chaux est rangé, par les auteurs de matière médicale, dans la classe des excitants; son action sur les parties est irritante et produit de la douleur; celle-ci est tantôt modérée, tantôt vive, mais en général assez bien supportée par les malades. Il est cependant assez difficile, dans la pluralité des cas, de bien apprécier son degré d'intensité, car, à cause de l'appréhension qui s'empare des enfants à notre approche, et bientôt, à la vue du sang qui s'échappe de leur bouche, ils poussent des cris, ils pleurent, et se débattent pour se dégager de nos mains. Quoi qu'il en soit, douloureux ou non, il importe, quand on a recours au chlorure de chaux, que l'application en soit faite largement, hardiment; ce principe doit être suivi, lors de la première application, avec d'autant plus de rigueur que les applications subséquentes deviennent plus difficiles, précisément à cause de la douleur que l'on provoque, et que l'enfant n'a pas encore ressentie lorsque, pour la première fois, il est soumis à ce moyen. Il y a ici, en quelque sorte, une surprise qu'il ne nous est plus donné d'utiliser à une seconde ou à une troisième application.

Voici comment nous procédons : d'abord, le chlorure de chaux que nous employons est le chlorure qui se trouve dans le commerce; il ne doit se présenter ni à l'état liquide, ni à l'état parfaitement sec. La raison en est que, quand le chlorure est liquide, son action n'est pas assez puissante; il se mêle aussitôt, soit à la salive, qui est abondamment sécrétée, soit au pus ou au sang; mélangé ainsi, son contact avec les parties malades n'est pas assez intime, ni son action

assez profonde. Lorsqu'il est sec, au contraire, il ne renferme plus de chlore, ou bien il en renferme des proportions si minimes, qu'il devient caustique. Il faut donc prendre cette substance à l'état de pâte assez consistante.

Pour en faire usage, on peut se servir du doigt, d'un tampon d'ouate ou de charpie, que l'on porte dans la bouche à l'aide d'une pince à pansement ordinaire. On peut également se servir d'une spatule de trousse.

Lorsqu'on se sert du doigt, il faut avoir soin de le couvrir entièrement de chlorure ; il suffit de plonger l'indicateur dans le verre qui en contient, d'en enduire entièrement l'extrémité, de manière à pouvoir en porter ainsi sur toutes les surfaces malades, d'en glisser même dans les interstices dentaires. On procède de même quand on se sert d'ouate ou de charpie. Ce dernier procédé est le moins bon ; nous préférons nous servir du doigt, et en second lieu de la spatule.

Lorsqu'on a recours à cet instrument pour porter le chlorure de chaux dans la bouche d'un enfant atteint de stomatite ulcéreuse, il faut, de même que les maçons glissent le mortier entre les briques qu'ils superposent, introduire le médicament dans chaque interstice dentaire, l'y laisser séjourner pendant dix ou douze minutes, puis faire des gargarismes pour en enlever l'excédant. On isole entre temps les joues des parties malades par l'interposition d'un peu d'ouate ou de charpie.

Le sang qui s'échappe dans ce moment des gencives ne tarde pas à s'arrêter, et l'on voit se former aussitôt sur les ulcérations une masse plastique composée de pus, de fausses membranes, de sang et de chlorure de chaux, que le malade rejette ou qui est enlevée à l'aide des gargarismes.

Les faits les plus saillants qui se produisent aussitôt que les applications sont terminées consistent dans l'enlèvement de toute odeur désagréable, la disparition du détritus qui recouvrait le collet des dents et les gencives ; à la fétidité de l'haleine succède une odeur de chlore qui ne tarde pas à disparaître à son tour, et à l'aspect d'ulcérations grisâtres, de gencives saignantes et boursouflées, on voit succéder une surface vermeille, et le brillant de l'émail dentaire.

Lorsque les ulcérations siégent à la partie interne de la bouche et déchaussent les dents par la cavité buccale, il peut arriver que les malades avalent une quantité plus ou moins grande de chlorure ; on ne doit pas s'en effrayer, car, pour ce qui nous concerne, nous n'en avons jamais observé le moindre accident. Il convient toutefois, dans cette occurrence, de faire boire au malade un peu d'eau ou de tisane.

En général, nous nous bornons à faire deux applications par jour, une le matin, l'autre le soir ; rarement elles doivent être continuées au delà du quatrième jour. Avant ce temps il est survenu de telles améliorations locales, que l'usage prolongé du chlorure ne pourrait qu'avoir des inconvénients. Si, cependant, la stomatite offre une persistance telle qu'il faille prolonger l'emploi du médicament, il ne doit pas y avoir d'hésitation de la part du médecin ; il faut en user aussi longtemps que la nécessité s'en fait sentir ; mais, nous le répétons, ce n'est là qu'une exception très-rare. Comme nous l'avons dit déjà à plusieurs reprises, la stomatite cède, dans la proportion de 90 sur 100, dans les cinq premiers jours du traitement.

Lorsque la stomatite ulcéreuse est secondaire, lorsqu'elle succède à un exanthème aigu ou complique un état général de l'économie, l'attention de l'homme de l'art doit être dirigée vers ce point, et le traitement local que nous avons conseillé, tout en étant des plus utiles, doit être accompagné de certaines prescriptions spéciales.

Nous avons dit que l'anémie et l'état scorbutique des malades étaient les conditions pathogéniques les plus favorables au développement de la stomatite ; il convient alors d'établir un traitement général et d'administrer les préparations de fer ou de quinquina, de recourir à une diététique appropriée : l'usage du vin, de la viande, d'un régime varié.

Dans ces derniers temps, les journaux de médecine ont préconisé avec un ensemble admirable le chlorate de potasse à l'intérieur. A les en croire, c'était en quelque sorte un spécifique, une panacée contre toutes les affections de la bouche. Nous accueillîmes ce remède avec empressement, nous étions enchanté d'avoir enfin en notre pouvoir un médicament efficace contre cette nombreuse variété de maladies de la bouche. Pour nous, l'importance d'une telle découverte était grande, car, chargé d'un service d'enfants des plus importants, il nous appartenait, en en faisant usage, d'abréger le séjour des malades à l'hôpital, d'éviter les inconvénients sérieux dus à leur présence, de guérir enfin une affection grave et fréquente. Pour ce qui nous concerne donc, on comprendra tout le bon vouloir, tout le zèle que nous mîmes à l'employer, toute l'attention que nous dirigeâmes vers les effets que nous devions en attendre. Eh bien, jusqu'à ce jour, quoique nous ayons fait un large emploi du chlorate de potasse, nous penserions rendre un mauvais service à nos confrères si nous ne leur disions de se tenir en garde contre les exagérations auxquelles on s'est livré en recommandant exclusi-

vement le chlorate de potasse, si nous ne leur disions de ne fonder aucune espérance trop grande sur son administration isolée, et surtout d'utiliser, dans le traitement des affections buccales, les notions thérapeutiques généralement admises, en les combinant avec l'usage interne du chlorate de potasse. Mais, quant à renoncer à la cautérisation dans la stomacacé, par exemple, pour ne donner que des doses plus ou moins fortes du sel potassique, nous n'hésitons pas à dire que c'est courir après les insuccès les plus certains.

De ce qui précède nous croyons pouvoir conclure que, dans le traitement de la stomatite ulcéreuse, on peut, tout en faisant usage du chlorate calcique, administrer à l'intérieur le chlorate de potasse à la dose de 4 à 8 grammes par jour. Ce sel est parfaitement supporté. Les enfants le prennent sans la moindre répugnance. Nous y associons souvent l'extrait de quinquina ou de gentiane. C'est sous la forme de potion que nous le faisons prendre le plus généralement. Sa grande solubilité dans l'eau est une qualité dont nous tirons le meilleur parti. Voici la formule que nous suivons presque toujours.

Pr. Mucilage de gomme arabique.............	120 grammes.
Chlorate de potasse......................	4 grammes.
Sirop de quinquina......................	30 grammes.

à prendre par cuillerées à soupe toutes les heures.

En terminant, nous croyons utile de rapporter une observation que nous avons recueillie ces jours derniers. Le lecteur, nous osons l'espérer, acquerra la conviction, en la lisant, que nous sommes d'une entière bonne foi lorsque nous avançons un fait. La vérité, pour nous, est le point lumineux dans le champ de la science vers lequel nous avons marché constamment depuis bientôt vingt ans, et vers lequel nous continuerons à marcher. D'ailleurs, il nous paraît indigne du médecin de taire ou de passer sous silence les faits qui pourraient amoindrir les théories dont il serait partisan, lorsque ces théories se trouveraient être en opposition avec les faits qu'il aurait recueillis.

Voici donc une observation d'enfant atteint de stomatite ulcéreuse s'étendant à toute la moitié gauche du maxillaire supérieur et de la langue du même côté, chez lequel le chlorate de potasse paraît avoir produit d'excellents résultats.

M..., petite fille de cinq ans environ, est malade depuis plusieurs jours. Sa constitution est bonne : elle est d'un tempérament lymphatico-sanguin. Renvoyée de son école, parce qu'elle répandait autour d'elle une odeur insupportable et qu'elle incommodait toutes les écolières, elle nous fut amenée à la consultation.

Les parents de cette enfant paraissent être dans l'aisance, l'enfant est vêtue proprement, et je crois qu'il serait difficile d'assigner comme cause à la stomatite l'influence des conditions hygiéniques débilitantes au milieu desquelles l'enfant aurait vécu. D'un autre côté, nous devons faire observer qu'il n'y a pas eu de maladies antérieures, telles que fièvre éruptive ou dérangement dans les voies digestives.

Voici les symptômes observés. Ainsi que nous l'avons dit plus haut, les gencives qui garnissent les dents, à partir de la deuxième incisive latérale supérieure gauche jusqu'aux molaires, sont le siége d'ulcérations grisâtres, recouvertes de détritus; elles saignent au moindre contact; elles sont boursouflées et très-douloureuses; les dents, déchaussées, sont branlantes dans leurs alvéoles, et le tartre qui les recouvre les rend inégales et rugueuses au toucher. Le bord de la langue, qui correspond au côté malade, présente un ulcère qui s'étend à tout son bord libre; l'haleine est fétide, l'enfant ne sait plus manger et ne peut boire que de l'eau froide, tant la douleur est exaspérée par le contact d'un corps chaud et des aliments; il y a de la fièvre, de la chaleur à la peau et de la fréquence dans le pouls. Nous n'observons aucun autre symptôme général. Telles sont, en résumé, les altérations que nous constatâmes. Selon notre habitude, nous eûmes recours immédiatement aux applications du chlorure de chaux et, les dix ou douze jours qui suivirent ces applications, nous n'observâmes aucune amélioration sensible. Les gencives restaient boursouflées et saignantes, le dents menaçaient de tomber; l'odeur seule disparaissait pour quelque temps après chaque application du remède, mais revenait bientôt; de sorte que nous nous décidâmes à employer, conjointement avec le chlorure calcique, le chlorate de potasse, d'après la formule suivante :

Pr.	Mucilage de gomme arabique.............	120 grammes.
	Chlorate de potasse......................	8 grammes.
	Extrait de quinquina.....................	2 grammes.
	Sirop d'écorces d'orange..................	30 grammes.

Nous revîmes l'enfant le lendemain : il y avait une très-grande amélioration; deux jours après, l'enfant avait les gencives roses, la couronne des dents était nettoyée, il n'y avait plus aucune odeur; enfin, nous la considérâmes comme guérie.

Le phénomène le plus extraordinaire qui s'est produit ici, c'est la promptitude avec laquelle l'amélioration est survenue. Alors que, depuis une douzaine de jours, nous n'obtenions que des résultats négatifs avec le chlorure de chaux, au bout de vingt-quatre heures d'administration du chlorate de potasse à l'intérieur, il survint un tel changement avantageux, que j'en fus frappé et que j'en fis part aux élèves. Assurément, cette rapidité dans le mieux qui s'est produit est bien faite pour nous mettre sur nos gardes, nous faire tenir sur une certaine réserve et ne pas nous faire prononcer d'une manière trop positive sur les effets du chlorate de potasse. Des faits nouveaux ne tarderont pas à se présenter dans notre pratique, et nous aurons soin d'en faire part à nos confrères.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Anesthésique (*Inhalations d'acide carbonique comme*). D'après M. Ozanam, qui s'est livré à une série d'expériences sur la propriété anésthésique des substances carburées, l'acide carbonique serait un agent assez puissant pour arrêter la sensibilité, assez maniable pour qu'on puisse en prolonger longtemps l'usage, assez inoffensif pour qu'on n'ait pas à craindre avec lui, comme avec la plupart des autres agents anésthésiques, la mort subite. Les expériences de M. Ozanam l'ont conduit à reconnaître que les inhalations de gaz acide carbonique produisent des effets très-analogues à ceux de l'éther, mais plus fugitifs; voici, du reste, en quels termes cet expérimentateur décrit les effets de cette substance, distingués en quatre périodes, savoir : les effets de la période prodromique, ceux de la période d'excitation, ceux de la période d'anésthésie proprement dite, et ceux de la période de réveil.

1° *Période prodromique*. Tantôt l'animal est calme, tantôt il se roidit; souvent il retient son souffle; d'autres fois sa respiration s'accélère; si on interrompt les inhalations, il tend le cou en avant et recherche l'air avec avidité; cet état dure d'une à quatre minutes, suivant la force du sujet, et suivant que le gaz est respiré pur ou mêlé d'air atmosphérique.

2° *Période d'excitation*. Celle-ci est presque nulle; elle consiste surtout en agitation et en mouvements volontaires; on observe rarement des contractions nerveuses. La respiration est plus fréquente, les pulsations du cœur plus rapides; puis, au bout d'une minute, en moyenne, survient la résolution musculaire.

3° *Période d'anésthésie*. L'animal est étendu sur le côté, les quatre membres dans le relâchement, la respiration profonde, ralentie, la pupille modérément dilatée; le cœur bat plus lentement et avec moins de force; la peau, les oreilles, les membres, la racine des ongles sont insensibles; l'anésthésie est complète. M. Ozanam a transpercé les chairs et cautérisé cinq fois avec le fer rouge, sans que l'animal donnât signe de douleur.

C'est à cette période que l'action du gaz commence à différer de celle de l'éther; car, tandis que pour ce dernier il faut interrompre les inhalations après de courts intervalles, pour l'acide carbonique il faut un procédé inverse : 1° Aussi longtemps que l'on veut prolonger le sommeil, il faut continuer les inhalations. 2° Celles-ci peuvent être prolongées dix, vingt, trente minutes et plus, sans danger pour la vie. 3° Quand on cesse les inhalations, le réveil est presque toujours immédiat.

4° *Période de réveil*. On enlève l'appareil; l'animal aspire l'air vivifiant, qui rétablit l'équilibre de l'hématose. Il reste pendant vingt ou soixante secondes encore immobile, mais la sensibilité commence à reparaître; un instant encore, et il se relève, chancelant sur ses pattes; il semble être dans un état d'ivresse; sa respiration est plus fréquente; son cœur bat avec force, mais ce phénomène dure peu; bientôt l'animal est revenu à son état normal, et l'on peut recommencer l'expérience, sans danger pour sa vie.

La quantité de gaz employée dans ces expériences a varié d'un à trente-cinq litres, suivant la durée du sommeil qu'on voulait obtenir, et qu'on a progressivement élevée d'une à trente minutes.

M. Ozanam a constaté, dit-il, un résultat remarquable, c'est que les animaux fréquemment soumis aux inhalations carboniques finissent par s'y habituer jusqu'à un certain point, en sorte qu'il devient difficile de les endormir profondément, tandis qu'aux premières séances le sommeil s'obtenait avec rapidité.

Nous n'oserions encore nous prononcer d'après ces expériences, bien qu'intéressantes par elles-mêmes, sur la valeur de l'application de cet agent anésthésique sur l'homme. On sait que des essais d'applications locales sont en voie d'exécution depuis quelque temps. Nous pensons qu'il est prudent d'attendre tout ce qu'auront pu donner ces essais et de multiplier encore les expériences sur les animaux, avant d'en venir à l'application des inhalations d'acide carbonique sur l'homme. (*Comptes rendus de l'Académie des sciences*, février 1858.)

Empoisonnement (*De l'excitation douloureuse de la peau pour combattre les effets de l'*) *par le laudanum*. M. le docteur Faure, dans d'intéressantes recherches expérimen-

tales sur l'asphyxie et sur certains phénomènes de l'empoisonnement, a appelé l'attention des physiologistes et des médecins sur les effets de l'excitation cutanée dans ces diverses circonstances et sur les avantages qu'on en pourrait tirer en thérapeutique. Voici un fait qui vient témoigner en faveur de l'efficacité de ce moyen pour combattre le coma produit par une dose toxique de laudanum chez un très-jeune enfant.

M. le docteur O'Rorke fut appelé, vers la fin du mois de décembre dernier, auprès d'un enfant de sept mois auquel on avait fait prendre par méprise une cuillerée à café de laudanum au lieu de sirop de chicorée. Les deux tiers de la cuillerée avaient été avalés par l'enfant, c'est-à-dire environ 3 grammes de laudanum, ou à peu près 15 centigrammes d'extrait gommeux d'opium, dose extrêmement élevée pour un enfant de cet âge. Il n'y avait pas eu d'abord de vomissement, mais l'assoupissement s'était rapidement prononcé; il y avait près d'une heure et demie que les accidents duraient lorsque M. O'Rorke arriva auprès du petit malade, qu'il trouva dans l'état suivant : aspect cadavérique de la face, pâleur livide des lèvres, refroidissement des joues et du nez, yeux caves, cernés, *pupilles resserrées*, paupières demi-ouvertes, globes oculaires dirigés en haut, respiration bruyante, stertoreuse, pouls à peine perceptible, refroidissement des extrémités, le tronc ayant conservé sa chaleur; battements du cœur assez forts, résolution des membres, absence d'urination et de défécation. Insensibilité aux piqûres d'épingle sur les bras et les jambes. Il était déjà trop tard pour songer à faire vomir. M. O'Rorke fit retirer l'enfant du lit, préparer immédiatement une infusion de 60 grammes de bon café *moulu illicò*, dans 90 grammes d'eau bouillante; sinapismes sur le tronc et les membres inférieurs, briques chaudes aux extrémités. Pendant ce temps, M. O'Rorke piqua l'enfant vigoureusement avec une épingle aux bras, à la poitrine, au cou, au visage, partout. D'abord peu efficaces, ces manœuvres douloureuses excitèrent ensuite des mouvements réflexes, puis des mouvements raisonnés : l'enfant cria, se débattit. Ces excitations furent continuées, malgré les résistances des parents, comme seul moyen de salut. Sous l'influence de cette stimulation douloureuse de la surface cutanée, l'enfant se réveillait de l'état comateux, ses yeux prenaient quelque expression dans leur fixité, le teint devenait moins livide, les extrémités se réchauffaient un peu. Bientôt le coma reprenait le dessus, et la succussion dans les bras, bien loin de stimuler l'enfant, paraissait contribuer à l'endormir davantage. Il fallait toujours et quand même exciter l'état de veille par les piqûres, les flagellations ou le pincement. En même temps, toutes les quinze minutes on administrait une grande cuillerée à bouche de fort café, et on prescrivait deux très-forts lavements purgatifs.

Enfin, à une heure du matin, dix-sept heures après l'accident, l'enfant était hors de danger, quoique l'engourdissement fût encore bien profond et la sensibilité bien obtuse.

Le lendemain l'enfant mangea. Des moyens simplement hygiéniques et des émollients furent mis en usage.

Quatre jours après, le petit malade était complétement rétabli et semblait exprimer sa reconnaissance par ses caresses et son sourire. (*Gazette des hôpitaux*, mars 1858.)

Goître. *De son traitement par le biiodure de mercure et l'action des rayons solaires.* On sait l'incertitude qui règne encore dans la science, quant aux causes productrices du goître; cette difformité, endémique dans certains pays, est considérée comme un signe d'infériorité physique et intellectuelle par quelques auteurs. Toutes les circonstances atmosphériques et hygiéniques ont été considérées tour à tour comme ayant une influence sur la production de cette difformité : composition des eaux, du sol, de l'air; direction des vents ; absence des rayons solaires, etc... Les idées thérapeutiques, relativement au goître et à son traitement, se ressentent du vague qui règne dans son étiologie, et la médecine se trouve le plus souvent impuissante en face de cette triste affection.

Un médecin du Bengale, le docteur Monat, qui a pratiqué longtemps la médecine dans des districts où le goître est endémique, recommande, pour en avoir obtenu des effets curatifs remarquables, le mode de traitement suivant, que nous croyons devoir reproduire; car s'il n'est pas entièrement nouveau (l'iode étant, depuis longues années, la base fondamentale de tous les antigoîtreux), il n'en paraît pas

moins suivi souvent de succès, au dire de son auteur.

On fait préparer une pommade contenant 1 gramme de biiodure de mercure pour 50 grammes d'axonge. Cette pommade doit être conservée à l'abri de la lumière.

Le malade fait une première friction avec cette pommade, une heure après le lever du soleil; la friction doit durer dix minutes ; puis le malade s'assied en plein soleil, aussi longtemps qu'il peut le supporter. Il survient souvent des douleurs assez vives, mais il ne se développe pas de pustules. Vers deux heures de l'après-midi, seconde friction faite avec beaucoup de douceur.

Trois jours de ce traitement suffisent en général pour guérir les goîtres qui ne sont pas trop volumineux, sinon on recommence le traitement l'année suivante.

L'auteur de ce traitement ne parle pas de moins de soixante mille goîtreux guéris par ces frictions. Nous sommes porté à croire que le soleil du Bengale jouit d'une puissance merveilleuse que ne possède pas le soleil d'Europe, où nous doutons qu'un pareil résultat suive l'emploi du même moyen. Toutefois l'innocuité d'une semblable tentative nous engage à provoquer quelques essais de cette formule. (*Edinburgh Medical Journal*, décembre 1857.)

Hémorrhagies (*Du perchlorure de fer administré à l'intérieur dans les cas d'*). Les observations nombreuses publiées à l'appui des bons effets de l'emploi topique du perchlorure de fer, dans les cas d'hémorrhagies externes, devaient rappeler aux médecins l'action de ce puissant hémostatique dans les cas d'hémorrhagies internes. Les faits les plus nombreux ont été publiés dans le Moniteur des hôpitaux, par M. Deleau, médecin de la prison de la Roquette. Ces observations comprennent plusieurs cas d'hémorrhagies intestinales dysentériques, d'hémoptysie, de purpura, dans lesquels le perchlorure de fer donné à l'intérieur a triomphé de l'écoulement sanguin. L'auteur rapporte également deux observations de métrorrhagie et une d'hémorrhagie rectale, dans lesquelles le nouvel agent a été donné avec succès à l'intérieur et en injections. A ces observations, M. Vigla vient joindre les résultats qu'il a constatés dans son service de la maison de santé. Voici d'abord la formule de la potion de sesquichlorure de fer à laquelle ce médecin s'est arrêté :

Sesquichlorure de fer. 0gr.,50 à	1 gr.
Eau distillée	250 gr.
Sucre	Q. S.

Cette potion, administrée dans les cas d'hémorrhagies intestinales, chez les sujets atteints de fièvre typhoïde, leur a toujours fourni une amélioration très-notable du symptôme hémorrhagique. Pour les hémorrhagies externes, pour les injections vaginales et rectales, on peut se servir de la même formule, en supprimant le sucre. Suivant les effets obtenus, on devra augmenter ou diminuer les doses de l'agent hémostatique. (*Journal de Pharmacie*, janvier.)

Hypertrophie *congénitale de la langue*; *excision d'un lambeau cunéiforme*; *guérison*. La science possède un assez bon nombre d'observations d'hypertrophie congénitale. Mais il en existe peu d'exemples aussi remarquables par la rapidité avec laquelle l'organe s'est développé et par le volume qu'il a acquis, que le suivant, rapporté dans un recueil américain, par M. le docteur C. Morrogh (de New-Brunswick). Il s'agit d'une petite fille de sept ans, bien conformée d'ailleurs et jouissant d'une bonne santé. A sa naissance, cette enfant avait une hypertrophie de la langue assez minime encore; mais elle s'accrut jusqu'à acquérir les dimensions suivantes : la langue faisait au dehors des mâchoires une saillie de deux pouces; elle est large de deux pouces au niveau de l'arcade dentaire, et présente une épaisseur égale ; les papilles de la portion saillante, au dehors, étaient amplifiées; la muqueuse était épaissie et indurée. La face antérieure présentait une ulcération déchirée à bords durs, causée par la pression des dents fortement déviées en avant; la branche horizontale de la mâchoire était inclinée en bas de telle manière que, lorsque les molaires des deux mâchoires étaient en contact, il existait un espace d'un pouce entre les incisives supérieures et inférieures. Cette disposition permettait à l'enfant de mâcher ses aliments et de les avaler sans difficulté. Diverses médications internes et des applications astringentes ayant été essayées sans succès, on proposa la résection de la langue.

M. Morrogh, chargé de cette opération, suivit le procédé de Harris (de

Philadelphie), c'est-à-dire la résection d'un segment cunéiforme à l'aide d'une incision en V à sommet postérieur. L'enfant, soumise à l'action du chloroforme, fut assise sur le bord d'une table. Un fil solide fut passé à travers la pointe de la langue et servit à la faire saillir en avant; le frein fut divisé, et, à l'aide de forts ciseaux pointus, une première section fut faite sur un côté, obliquement et dans toute l'épaisseur, jusqu'au raphé. Une hémorrhagie assez forte eut lieu, et l'on jugea prudent de lier l'artère ranine. Une seconde incision semblable fut faite de l'autre côté, de manière à détacher ainsi une portion cunéiforme. On passa immédiatement à travers la langue deux aiguilles à tête mousse, et les lambeaux furent rapprochés par la suture entortillée. Le sang s'arrêta aussitôt. Le soir, l'enfant tira sur la ligature et la détacha; il s'ensuivit une hémorrhagie abondante, qui s'arrêta et se renouvela à diverses reprises. Le troisième jour les épingles furent enlevées. La plaie s'était en partie réunie par première intention, et le sixième jour l'enfant fut ramenée guérie dans sa famille.

M. Morrogh, averti par le danger que l'hémorrhagie a fait courir à cette enfant, se propose à l'avenir, en pareil cas, de supprimer les ligatures et d'opérer de la manière suivante : une anse de fil serait passée d'abord à travers chaque bord de la langue; il en résulterait une anse médiane et deux chefs latéraux, qui, réunis ensemble, serviraient à attirer la langue au dehors et à la retenir fixée après l'excision du segment. Cette incision faite, on lâcherait l'anse médiane et on tirerait seulement sur les deux chefs, ce qui aurait pour résultat immédiat de rapprocher les deux lambeaux latéraux et de les laisser accolés par un nœud de matelot. La langue toujours tirée au dehors, on appliquerait rapidement une aiguille à bec-de-lièvre, aussi près que possible des artères ranines. Une suture entortillée sur les faces supérieure et inférieure de la langue arrêterait bientôt l'hémorrhagie, le fil serait serré tout juste assez pour produire cet effet et mettre les parties en contact.

On ne pourrait qu'approuver les mesures et le plan d'opération projetés par M. Morrogh pour prévenir, en pareille occurrence, l'hémorrhagie toujours imminente dans cette sorte d'opération, s'il n'existait aujourd'hui dans la pratique une méthode opératoire qui rend tout ce luxe de précautions inutile, nous voulons parler de l'écrasement linéaire. C'est surtout dans les opérations pratiquées sur la langue que cette méthode nous paraît indiquée et qu'elle réunit en effet tous les avantages. (*Gazette hebdomadaire de médecine*, février 1858.)

Injection iodée *employée avec succès dans un cas de kyste séreux du gros orteil.* M. le docteur Creuszer, médecin militaire, rapporte en ces termes un cas de kyste séreux du gros orteil dont il a obtenu une prompte guérison par l'incision suivie de l'injection iodée. — Le sergent M... se présente à lui avec un gonflement de l'articulation du gros orteil droit avec le premier métatarsien. Au côté interne de cette articulation existe une petite ulcération arrondie et superficielle de nature calleuse, assez semblable à un durillon. La pression du soulier est douloureuse et empêche la marche. Quelques jours après, le malade se plaint de douleurs intolérables de l'articulation du gros orteil, avec élancements allant retentir jusqu'au pli de l'aine. Il existait en effet, au niveau de cette jointure, une tumeur arrondie, de la grosseur d'une noix, donnant à la pression la sensation d'une bourse pleine de liquide. La peau était rouge, chaude et tendue. Au pourtour du point ulcéré, on apercevait à travers le derme parcheminé une couche mince de pus. M. Creuszer incisa la tumeur en ce point. Après quelques gouttelettes de pus, il s'écoula deux ou trois cuillerées de liquide séreux, clair, citrin, contenant quelques flocons albumineux. Le malade fut aussitôt soulagé et raconta alors qu'à l'hôpital militaire, où il avait été en traitement pour la même affection, quelques nuits auparavant, la tumeur avait déjà été incisée, qu'il s'en était écoulé un liquide semblable, et qu'à travers l'incision on avait badigeonné la poche avec le crayon de nitrate d'argent. M. Creuszer n'ayant plus de doute dès lors sur la nature de la tumeur, se disposait à pratiquer dans le sac une injection iodée. Mais eu égard à l'état inflammatoire et douloureux, il remit l'opération au lendemain, se bornant à introduire une mèche de charpie dans l'ouverture et à recouvrir la tumeur de cataplasmes.

Le lendemain matin, toute trace d'inflammation ayant disparu, une injection de 10 grammes de teinture d'iode pure fut pratiquée. Cette in-

jection provoqua une douleur et une inflammation modérées, qui furent calmées après huit jours d'applications émollientes. Une suppuration légère s'établit; le malade sortit de l'infirmerie parfaitement guéri, au bout d'une vingtaine de jours.

La pratique qu'a suivie dans cette circonstance M. le docteur Creuszer est celle qui est prescrite et adoptée aujourd'hui par presque tous les maîtres : elle a réussi; nous ne serions par conséquent nullement justifié à la critiquer. Cependant, en considérant d'une part la facilité avec laquelle ces sortes d'inflammations des petites articulations du pied se propagent aux parties voisines et les accidents graves auxquels elles peuvent donner lieu; si, d'autre part, on remarque la réaction inflammatoire assez vive qui a suivi dans ce cas-ci l'injection iodée, inflammation qui a exigé une vingtaine de jours de traitement, il y a lieu de se demander si en pareil cas il ne serait pas plus prudent de commencer par un simple badigeonnage à l'iode toujours inoffensif et qui peut être suffisant pour amener la guérison complète, sauf, dans le cas contraire, à recourir comme ressource extrême à l'injection iodée. (*Journ. de méd. et de chir. pratiques*, février 1858.)

Manganèse (*Effets thérapeutiques de la pommade de*). M. le docteur Hoppe préfère ce résolutif à la pommade iodée, dans les cas où domine un certain degré de racornissement des produits fibreux, comme dans les anciens engorgements glandulaires et dans les cas de roideur persistant après la guérison des affections articulaires. Plus l'affection que l'on combat est atonique, plus on pourra en user largement et hardiment, et plus on aura de chances d'en obtenir un bon résultat. — Ces frictions amènent parfois une éruption pustuleuse; cet accident est plutôt nuisible qu'utile, sauf dans les cas d'engorgements ganglionnaires ou glandulaires. — La dose ordinaire est de 4 grammes de sulfate d'oxydule de manganèse pour 30 grammes d'axonge. Lorsqu'on veut obtenir des pustules, on porte la dose à 6 grammes. Pour éviter que la pommade ne soit sablonneuse, on fait préalablement dissoudre le sel dans l'eau, avant de l'incorporer dans la graisse. L'extrait de belladone s'associe fort bien au sel de manganèse. (*Répertoire de pharmacie*, février 1858.)

Nitrate d'argent. *Injections médicamenteuses dans les bronches, pour combattre la bronchite, l'asthme et la phthisie pulmonaire.* Le nitrate d'argent est, d'un accord général, le modificateur par excellence des membranes muqueuses. La pratique médicale en retire tous les jours d'inappréciables bienfaits. Appliqué sous toutes les formes et à tous les degrés de concentration contre une foule de maladies diverses, toutes les membranes muqueuses ont passé par cette épreuve : la muqueuse buccale, pharyngienne, nasale, oculaire, urétrale, vaginale, utérine, rectale, etc., et presque toujours avec un avantage incontestable. Une seule a échappé jusqu'à présent, du moins sur le continent européen, à l'action bienfaisante du nitrate d'argent : c'est la muqueuse bronchique. Personne jusqu'ici n'avait osé faire cette tentative quelque peu hardie d'injecter une solution de nitrate d'argent dans les bronches. Il était réservé à un médecin transatlantique de franchir ce dernier pas dans la voie de l'expérimentation,

Le professeur Hugues Bennet, d'Edimbourg, annonce, dans le numéro de novembre de l'*Edinburgh medical Journal*, avoir reçu du docteur Horace Green, de New-York, une publication contenant la table statistique de 106 observations d'affections pulmonaires traitées par l'injection d'une solution de nitrate d'argent dans les bronches.

Le procédé opératoire était le suivant : un cathéter flexible, ordinaire, en gomme élastique, était introduit dans le larynx et poussé au delà de la trachée, dans la bronche droite ou gauche. En cette situation, une seringue de verre, appliquée à l'extrémité libre de l'algalie, projetait l'injection, qui pénétrait ainsi dans le poumon. Les effets de ces injections ont été, est-il dit, remarquablement avantageux dans la tuberculisation pulmonaire, la bronchite et l'asthme.

La seule difficulté que présente cette opération, suivant M. Bennet, qui l'a tentée à son tour avec succès, dit-il, consiste dans la résistance spasmodique de la glotte. Pour la vaincre, il faut une répétition d'essais d'une à deux semaines, pendant lesquelles on habitue la glotte au contact d'une algalie d'épreuve terminée par une éponge. Au bout de ce temps, la sensibilité excessive paraît être notablement affaiblie. Alors, le cathéter est légèrement recourbé, plongé ensuite

dans l'eau froide, ce qui lui donne un peu de fermeté et permet de se passer d'un mandrin en fil de fer, puis, la tête du malade étant renversée en arrière, la langue abaissée, l'instrument est rapidement porté derrière l'épiglotte, introduit dans l'ouverture laryngée, et enfoncé de façon à pénétrer de huit à dix pouces à partir de l'entrée de la bouche. Il est nécessaire que le malade continue à respirer, et que l'injection suive de très-près l'introduction de l'instrument; sans cela un spasme est fort à redouter.

La force de la solution, dans les derniers essais tentés, a été de 10 à 25 grains du sel par once d'eau distillée (0.50 à 1,25 par 50 grammes), sa quantité portée à une demi-once.

Voici maintenant les résultats que M. H. Bennet annonce avoir obtenus : dans des cas de bronchite, d'asthme et de phthisie pulmonaire, l'injection, pratiquée jusqu'à deux fois en une semaine, diminue la toux et l'expectoration presque sûrement dans les deux premières affections, et plusieurs guérisons ont été obtenues dans des cas qui avaient été jusque là réfractaires à tous les moyens employés.

Ces essais ont eu lieu publiquement à la clinique de l'infirmerie royale, sur sept malades. Sur ce nombre, cinq offraient des exemples de phthisie à divers degrés, un sixième présentait une laryngite accompagnée de bronchite ; le septième cas était une bronchite chronique compliquée d'asthme. Dans plusieurs autres cas, l'essai ne put être tenté, la glotte se refusant à l'introduction du cathéter.

On ne saurait, pensons-nous, procéder avec trop de prudence dans les tentatives d'une semblable médication, dont il serait d'ailleurs difficile, d'après ces seuls faits, de prédire l'avenir. (*Gazette médicale*, mars 1858.)

Occlusion *palpébrale. Son degré d'utilité dans le traitement des maladies des yeux.* Cette question, qui a soulevé récemment des débats si vifs à l'Académie de médecine, a été soumise depuis à la discussion du Congrès ophthalmologique de Bruxelles. Nous donnons les conclusions adoptées par la savante réunion, afin qu'on puisse les comparer avec celles que nous avons publiées (t L, p. 344).

L'occlusion palpébrale a pour but d'immobiliser les paupières, de soustraire le globe oculaire à l'action de l'air et des corps étrangers qui y sont suspendus, de le contenir, de favoriser l'action des remèdes, en prolongeant le contact avec l'appareil oculo-palpébral, et enfin de permettre d'y maintenir à volonté une température constante.

A ces titres divers, elle peut être utile dans les ulcères et les perforations de la cornée; dans les propulsions de cette membrane et la hernie de l'iris; dans les staphylômes récents; dans l'ophthalmoptose et à la suite de certaines opérations pratiquées sur l'œil, telles que la ponction et l'opération du staphylôme, l'opération de la cataracte, de la pupille artificielle, etc. Enfin, on peut parfois encore retirer beaucoup d'avantages de cette pratique dans l'ectropion et dans les plaies avec perte de substance de la face externe des paupières.

Le meilleur procédé pour l'instituer est celui qui répondra le plus complétement aux conditions suivantes : condamner l'œil au repos et diminuer autant que possible les frottements entre lui et les paupières; le contenir modérément, uniformément, de manière à ne causer aucune douleur; n'y point concentrer trop de chaleur; pouvoir être renouvelé à volonté, sans gêne ni embarras, et ménager une issue aux liquides fournis par les sécrétions normales et pathologiques.

Lorsqu'on voudra obtenir l'immobilisation de l'œil aussi complète que possible, il importera d'appliquer l'occlusion aux deux yeux, n'y en eût-il qu'un d'affecté. (*Compte rendu du Congrès d'ophthalmologie*, 1857.)

Rupture de l'utérus (*D'un symptôme nouveau de la*). Le docteur Mac Clintock a entretenu la Société d'obstétrique de Dublin de plusieurs cas de rupture de l'utérus et du vagin, dans le but de répandre quelque lumière sur le diagnostic parfois obscur et difficile de cet accident, quand il vient à se produire pendant le travail de l'accouchement. Ce médecin a particulièrement attiré l'attention sur un symptôme qu'il a eu occasion d'observer dans un cas de ce genre, et qu'il considère comme pouvant avoir de la valeur comme signe de la rupture de l'utérus ou du vagin. Ce symptôme consistait dans *un état emphysémateux du tissu cellulaire sous-tégumentaire de l'hypogastre.* Il s'est révélé sous le stéthoscope, au moment où cet instrument était appliqué dans le but d'explorer les bruits du cœur fœtal. Au moyen de ce mode d'examen, la

crépitation se manifestait forte et distincte; mais, sous la main, elle n'était pas aussi évidente, excepté lorsqu'une pression assez énergique était pratiquée au point où elle siégeait; de cette façon elle devenait manifeste, et elle fut reconnue par le docteur Montgomery, et par plusieurs élèves qui se trouvaient présents. Les autres symptômes étaient tellement obscurs, qu'ils laissaient dans le doute la possibilité qu'une rupture se fût produite. Après s'être assuré que cet emphysème n'avait pas son origine à la poitrine ou au cou, et qu'il ne s'était pas de ces points propagé, de haut en bas, jusqu'à celui où son existence se faisait reconnaître, après avoir bien constaté qu'il était limité aux régions suspubienne et iliaque, le docteur Mac Clintock fut conduit à inférer que l'air avait dû s'introduire à travers une déchirure des voies génitales. En conséquence de cette conclusion, il termina l'accouchement au moyen de la craniotomie (les bruits du cœur fœtal avaient cessé depuis deux heures de se faire entendre). Après la délivrance, la femme s'affaiblit rapidement, et elle succomba au bout de quelques heures. A l'autopsie, on trouva le ligament large gauche emphysémateux; une crevasse existait sur le côté gauche de l'utérus, à la jonction du corps et du col. A quelque distance de ce point, le péritoine présentait aussi une déchirure, et une quantité considérable de sang était épanchée dans la cavité abdominale. (*The Dublin quart. Journ. of med. science*, 1857.)

VARIÉTÉS.

ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL.

Note sur un serre-nœud destiné à la staphyloraphie,

Lue à l'Académie de médecine de Belgique, par M. le docteur CHIZELLE, médecin de bataillon.

En soumettant à votre examen un nouveau serre-nœud pour pratiquer le troisième temps de la division du voile du palais, je crois inutile de vous rappeler l'historique de la staphyloraphie, la manière de pratiquer cette opération et les nombreux instruments inventés à cette fin, tous les ouvrages de chirurgie traitant de cette matière. J'aborde tout de suite le troisième temps de l'opération, c'est-à-dire lorsque les ligatures sont placées, et alors qu'il s'agit de rapprocher les lèvres de la plaie. Plusieurs instruments plus ou moins ingénieux ont été proposés pour pratiquer ce nœud, mais j'ai cru remarquer que la plupart d'entre eux occasionnent, dans leur maniement, des efforts et des tiraillements inévitablement nuisibles au succès de l'opération. Frappé de ces inconvénients, j'ai cherché, dans l'instrument que j'ai l'honneur de vous présenter, à les prévenir, en effet, les fils, étant placés comme il est fait au second temps de l'opération, ne bougent plus. Le nœud étant conduit par l'instrument jusqu'au voile du palais, c'est alors seulement que l'on donne le degré de constriction que l'on juge nécessaire pour opérer le rapprochement de la division, et ce rapprochement se fait sans danger aucun, puisqu'il a lieu sous les yeux de l'opérateur.

Ce serre-nœud consiste en une tige métallique supportée par un manche recourbé; la partie supérieure de cette tige s'élargit en forme de cœur de carte à jouer; aux extrémités de ce cœur de carte, dans le sens transversal, se trouvent de chaque côté deux petites poulies, et tout à fait en dehors de ces poulies une petite arête. Au milieu est pratiquée une gouttière assez large pour conduire au besoin des pinces à anneau. A la réunion du manche avec la tige se trouve de chaque côté un petit trou pour le passage des fils.

Le mécanisme de cet instrument est fort simple. Après avoir fait un demi-nœud, on introduit les deux chefs de fil entre la poulie et l'arête, et à travers les deux petits trous dont il est parlé plus haut. Les deux chefs de fil, ainsi placés, sont tenus d'une main, tandis qu'avec l'autre le demi-nœud est poussé jusqu'au voile du palais; on le serre jusqu'au degré de rapprochement nécessaire. Si l'on craint que les nœuds se relâchent (ce qui arrive rarement lorsque les fils sont mouillés), il suffit de les fixer, comme le faisait Roux, au moyen d'une pince à anneau, conduite sur la gouttière pratiquée à cet effet sur la plaque supérieure. L'instrument est retiré, on fait un second nœud comme le premier, on le conduit de la même manière, et l'opération est terminée.

Les avantages que cet instrument présente sont ceux-ci : d'abord, les fils qui se trouvent entre les poulies et l'arête ne sont pas exposés à quitter l'instrument ; puis, conduits sur ces poulies, ils ne sont soumis à aucun frottement, et par conséquent on réunit les bords de la division sans efforts, sans secousse et tiraillement.

DISTRIBUTIONS DE MÉDICAMENTS PAR LES MÉDECINS HOMŒOPATHES.

L'importance du document qui suit nous engage à le reproduire en entier. Voici d'abord le réquisitoire de M. le procureur général Dupin :

Messieurs, la question que présente à juger le pourvoi dépend de deux maximes corrélatives : l'une, qu'il ne faut pas distinguer là où la loi n'a pas fait de distinction; l'autre, qu'il ne faut pas confondre quand la loi a pris soin de distinguer.

La médecine, la chirurgie, la pharmacie, demeurèrent longtemps confondues ensemble. La médecine, orgueilleuse comme la science et à cause d'elle, s'attribuait, sur toutes les branches de l'art de guérir, une sorte de suprématie aristocratique.

Les docteurs en médecine considéraient dédaigneusement les chirurgiens comme de simple praticiens, qu'on nomma d'abord renoueurs, rebouteurs, chirurgiens-barbiers. Et de fait, pendant longtemps, et jusqu'à la fin du dernier siècle, bon nombre de pauvres étudiants, à qui leurs parents n'avaient pas le moyen ou la complaisance de faire, comme aujourd'hui, une subvention de 2,000 à 3,000 francs pour suivre leurs cours, entraient chez un barbier, servaient le matin leurs pratiques, et, le soir, allaient chercher une instruction particulière dans d'infects ateliers d'anatomie.

D'un si dur apprentissage sont sortis plusieurs hommes de mérite.

Quant aux remèdes, les médecins, dans les occasions importantes, les faisaient quelquefois préparer sous leurs yeux, et l'on achetait les diverses substances chez les épiciers, les herboristes, les droguistes ; il n'y avait pas ou il y avait bien peu de véritables pharmaciens; on les nommait apothicaires, et on en parlait fort légèrement.

Au seizième siècle, Ambroise Paré, résumant les connaissances de ceux qui l'avaient précédé, apparut comme le véritable créateur de la chirurgie française. Cependant la chirurgie restait toujours subordonnée à la suprématie du médecin, qui prescrivait et dirigeait les opérations, et il fallut tout l'ascendant que prirent, au commencement du dix-huitième siècle, Chirac, Maréchal et Lamartinière, successivement chirurgiens du roi, pour assurer à leur profession sa place et sa dignité.

L'Académie de chirurgie fut fondée en 1731 ; depuis ce temps, on a vu autant d'habiles chirurgiens que de savants médecins. On pourrait placer leurs noms en regard sur deux colonnes ; et si aujourd'hui on distingue encore les uns des autres, ce n'est point par l'enseignement, car ils suivent les mêmes cours, ni par l'étendue des connaissances théoriques, car celles des chirurgiens s'étendent aux mêmes objets, mais par la pratique, l'habileté de la main, la dextérité qu'exigent les opérations. Ajoutons à cela la chirurgie militaire, une des gloires de la France, qui unit à la science du docteur le courage et le dévouement du soldat.

La pharmacie eut aussi ses commencements pénibles et ses lents progrès. Chez les anciens, les médecins préparaient eux-mêmes les remèdes. Le médecin d'Alexandre lui apporta tout préparé le breuvage héroïque qui devait le tuer ou le sauver après qu'il se fut baigné dans le Cydnus. Chez les modernes, la vente des herbes et des drogues était abandonnée à des hommes dont on n'exigeait aucune étude préalable.

Au douzième siècle, on voit à Naples les médecins assujettis à composer leurs médicaments selon les formules consignées dans l'Antidotaire de l'école de Salerne.

En France, quelques ordonnances incomplètes, publiées en 1484, 1514 et 1638, composent tout le code pharmaceutique, jusqu'à l'ordonnance qui, en 1777, créa un collége de pharmacie à Paris.

Depuis cette époque, et grâce aux progrès de l'histoire naturelle, surtout de la chimie, les travaux de Charras, Lemery, Macquer, Glauber, etc., ouvrirent à la pharmacie une voie nouvelle, et plus tard les Vauquelin, les Cadet-Gassicourt, Robiquet, Guibourt, Chevallier, Bussy, achevèrent d'en faire une science véritable.

Alors apparut la loi de germinal an XI, qui a créé les écoles de pharmacie, et fixé la position des pharmaciens.

Au point de vue de la science, on trouve dans l'Académie nationale de médecine ces trois branches ; médecine, chirurgie, pharmacie, unies pour le conseil, afin d'éclairer le gouvernement sur tout ce qui tient à la santé publique, divisées ensuite pour l'exercice de la profession.

La loi qui institue ces professions les protége, et, de même qu'on voit les avoués protégés contre la postulation, on trouve le médecin en titre protégé contre le charlatan non commissionné, le chirurgien contre l'opérateur, le pharmacien contre les vendeurs de remèdes patents ou secrets, et même contre les médecins qui, empiétant sur l'office du pharmacien, entreprendraient de fournir eux-mêmes des remèdes à leurs malades. Et c'est justice; car la loi oblige les pharmaciens à de longues études théoriques et pratiques; elle les assujettit à des examens, à des épreuves; elle exige d'eux, pour l'exercice de leur état, qu'ils tiennent une officine ouverte, garnie de substances médicales simples ou composées, avec l'aptitude à préparer tous les autres remèdes, ou selon les formules du Codex, ou selon les formules magistrales dictées par le caprice et la volonté des médecins. On leur impose des précautions sévères et une grande responsabilité pour la garde et le débit des substances vénéneuses : enfin on assujettit leurs établissements à des visites annuelles, et c'est à ces conditions qu'on leur assure le monopole de la vente des médicaments.

Tel est, messieurs, le régime légal institué par la loi de germinal an XI pour l'exercice de la pharmacie.

C'est à ce régime qu'a voulu se soustraire le sieur Moreau, médecin à Angoulême, défendeur à la demande en cassation de l'arrêt de la Cour de Poitiers qui a consacré ses prétentions.

Le docteur Moreau pratique l'homœopathie. Or, dit-il avec l'arrêt attaqué, l'homœopathie est une science entièrement nouvelle; elle pratique ce qu'on ne lui a point enseigné dans les écoles ; elle est en dehors des prévisions de la loi de germinal et des remèdes officiels indiqués dans le Codex. Donc cette loi, en ce qui touche le monopole des pharmaciens, ne peut être invoquée pour les prescriptions homœopathiques.

Eh quoi! messieurs, est-ce donc la première fois que les systèmes médicaux ont changé? Combien n'y a-t-il pas eu d'écoles différentes? *Hippocrate dit oui, et Galien dit non*, est devenu proverbial. L'école de Salerne se fonde au douzième siècle, et jouit d'une grande popularité. Les Arabes ont aussi leurs médecins avec leurs modes particuliers de traitement et une juste célébrité. A la fin du quinzième siècle, Paracelse s'élève contre le système de Galien; avant lui, on avait cherché des antidotes contre les poisons; plus hardi que ses devanciers, il ose le premier employer les poisons comme remèdes. Dans le siècle suivant, Sylvius traite les humeurs à l'aide de la chimie; il combat les acides par les alcalis, et envoie ceux-ci à la poursuite de ceux-là dans le corps humain.

En 1618, Harvey, ce grand anatomiste, découvre et démontre la circulation du sang, dont jusqu'alors les médecins spéculatifs ne s'étaient point aperçus. Cette découverte, à elle seule, modifie tous les systèmes. Boerhaave et Haller ont eu le leur. Broussais a le sien.

A la fin du dernier siècle, Mesmer présentait le magnétisme animal comme un moyen thérapeutique tout nouveau.

Hahnemann a créé l'homœopathie qui, pour guérir une maladie réelle, lui substitue une indisposition factice; nous avons l'hydrothérapie, imaginée par un paysan de la Silésie; que n'avons-nous pas?

Bref, à de fréquents intervalles, on a vu de nouveaux docteurs s'élever, donner le démenti à leurs contemporains ou à leurs devanciers, en disant bien haut, comme du temps de Molière : « Nous avons changé tout cela. »

Aujourd'hui, on va plus loin, on ose davantage; et parce qu'on a, dit-on, changé la médecine, cela doit de plein droit changer la législation!

Non, non, messieurs, la science peut aller son train; mais les lois ne s'abolissent point ainsi. Où n'irait-on pas avec ces prétendues abolitions de plein droit? Lorsqu'est apparue parmi nous la littérature romantique, on aurait donc pu prétendre qu'elle ne pouvait pas invoquer les lois sur la propriété littéraire, parce que ces lois avaient été portées en 1791, à une époque où l'on ne connaissait que la littérature classique? Récemment, n'entendiez-vous pas dire que, parce que les richesses mobilières étaient plus abondantes aujourd'hui qu'au temps de la promulgation du Code civil, cela devait modifier les principes de la communauté?

Mais c'est surtout dans les temps de révolution qu'on voit les esprits remuants alléguer ces abolitions de plein droit, et soutenir qu'il suffit d'un trouble apporté dans le fait pour en induire aussitôt une perturbation dans le droit. A cette occasion, je me suis rappelé ce matin même, au moment de partir pour l'audience, une lettre que m'écrivait, en 1831, mon savant prédécesseur, M. Merlin, et j'ai pensé qu'il serait opportun de la citer devant vous. A propos d'une loi répressive, dont l'exécution était invoquée, un avocat avait dit, dans

cette enceinte, que cette loi avait été abolie par le canon de juillet... Cette parole avait retenti jusque dans le cabinet du vieux jurisconsulte ; il en avait tressailli ! et, en m'accusant réception d'un opuscule que je lui avais adressé, il me disait :

« Monsieur le procureur général,

« Je gémis comme vous de l'allure que prend actuellement le barreau, mais il faut espérer que cette frénésie n'aura qu'un temps, et que le goût de l'étude, sans lequel il est impossible de bien entendre et d'appliquer justement les lois, reprendra le dessus. »

C'est, en effet, ce qui est arrivé, dit en s'interrompant M. le procureur général, et il continue la lecture de la lettre :

« Comme on ose dire aujourd'hui à l'audience de la Cour de cassation : « Telle loi a été abrogée par le canon de juillet, » on disait à la Convention nationale, en 1793, pour répondre aux arguments que Cambacérès et moi faisions valoir contre la proposition tendant à faire rétroagir la loi du 5 brumaire an II jusqu'au 14 juillet 1789 : « Le canon de la Bastille a décrété l'égalité des partages et abrogé toutes les lois, toutes les coutumes, tous les actes, « tous les contrats de mariage qui la blessaient ; » mais à peine un an s'était-il écoulé que déjà ce lagage extravagant faisait rougir ceux qui l'avaient tenu avec un succès éphémère. »

Je le répète donc avec confiance, ce n'est point ainsi que procède la législation. Les lois sont des sentinelles qu'il faut relever ; jusque-là elles gardent le poste avec la consigne, et chacun est tenu de s'y conformer.

Si quelques faits, survenus depuis la loi de germinal, réclament quelques modifications, que le législateur y pourvoie dans la mesure qui lui conviendra ; en attendant, tenons-nous à la loi telle qu'elle existe, et faisons-la respecter.

Or, cette loi de germinal an XI consacre la séparation de la médecine et de la pharmacie. Elle laisse à la science médicale toute son indépendance, elle n'entrave ni ses découvertes, ni ses progrès.

Le médecin, devenu plus savant, peut modifier le traitement de ses malades, ses prescriptions à son gré : qu'il ordonne, cela s'appelle ainsi, qu'il ordonne des remèdes simples ou composés, le pharmacien les lui fournira : selon la formule, s'ils sont dans le Codex ; ou selon la formule dite magistrale, que le maître, c'est-à-dire le médecin, aura prescrite, pour des remèdes qui ne sont pas dans le Codex, mais qui peuvent plus tard y prendre place, en se conformant au décret du 3 mai 1850. En un mot, que le docteur, quel qu'il soit, allopathe ou homœopathe, prescrive ce qu'il lui plaira, et, fidèle exécuteur de ses ordonnances, le pharmacien, dont le privilége est de préparer les nouveaux comme les anciens remèdes, lui obéira. Ainsi disparaît l'objection tirée de la nouveauté de la doctrine homœopathique.

Est-on mieux fondé à invoquer l'exception contenue dans l'article 27 de la loi de germinal ? Cet article est ainsi conçu :

« Les officiers de santé établis dans les bourgs, villages ou communes, où il n'y aurait pas de pharmaciens ayant officine ouverte, pourront, nonobstant les deux articles précédents, fournir des médicaments simples ou composés aux personnes près desquelles ils seront appelés, mais sans avoir le droit de tenir une officine ouverte. »

Or, en fait, il existe à Angoulême dix pharmaciens tenant officine ouverte : donc aucun médecin habitant Angoulême ne peut lui-même fournir et débiter des remèdes à ses malades.

A ce fait on objecte que ces pharmaciens ne sont pas des pharmaciens homœopathes. Mais la loi ne donne pas de qualification aux pharmaciens, elle ne les a pas divisés en catégories spéciales ; elle a institué la pharmacie en général pour tous les systèmes possibles. Elle a voulu faire deux professions distinctes. Elle place d'un côté la médecine avec ses prescriptions diverses, variables, quelles qu'elles soient ; et, en face, le pharmacien avec ses substances, son mortier, sa cornue, son alambic et son aptitude à préparer tous les remèdes prescrits dans les ordonnances qui lui seront présentées. C'est son art propre, il s'étend à toutes les prescriptions médicales anciennes ou nouvelles.

Le défendeur objecte encore, pour échapper à la disposition de l'article 27, que, dans l'espèce, le médecin a pris ses remèdes dans une pharmacie régulière, la pharmacie centrale à Paris.

Qu'importe ? quand le médecin a délivré son ordonnance, les particuliers sont assurément maîtres d'acheter le remède dans le lieu où ils voudront, et ils ne sont pas assujettis à aller dans une pharmacie de la localité s'ils préfèrent aller ailleurs. Mais quand c'est le médecin lui même qui fournit le remède, en le faisant venir d'une pharmacie éloignée, il se fait revendeur, entrepositaire, au préjudice du pharmacien de la localité ; il lui fait concurrence, il détruit son état ; il viole l'article 27 ; il n'est pas dans le cas précis de l'exception.

Voilà le droit : après cela, il devient même superflu de s'arrêter à ces circonstances qu'en fait un sieur Laroche avait lui-même ouvert une pharmacie homœopathique, et que le sieur Sicaud, pharmacien ordinaire, tenait aussi des remèdes homœopathiques, comme l'a constaté un procès-verbal du jury médical.

Que ces faits soient plus ou moins controversés, la solution n'est pas là ; elle est dans l'aptitude du pharmacien à préparer tous les remèdes qu'on lui commandera, et dans le droit qu'il a de les vendre à l'exclusion de tous autres, même des médecins qui prétendraient avoir inventé des remèdes spéciaux.

Sans cela, et si la prétention contraire était admise, il n'y a pas de médecin qui, en introduisant quelque bizarrerie nouvelle dans ses prescriptions, ne pût dire qu'il a inventé son remède à lui, et alléguer que, pour sa préparation, il est besoin d'une manipulation secrète dont lui seul connaît le procédé ; et il dépendrait ainsi de lui de se constituer pharmacien pour son compte, à l'exclusion du pharmacien légal.

En définitive, messieurs, la justice applaudit à toutes les inventions, à tous les perfectionnements utiles ; mais elle ne juge point les systèmes scientifiques. Elle applique la loi dans sa généralité, dans l'esprit qui a dicté ses dispositions.

Elle voit en présence la médecine et la pharmacie. Si la médecine a fait des progrès, la pharmacie a fait aussi les siens. La justice de la Cour d'assises emploie les docteurs en médecine et en chirurgie à l'autopsie des cadavres ; elle emploie également la science chimique des pharmaciens pour les analyses les plus délicates et les plus subtiles, dans les questions d'empoisonnement.

La société a des obligations particulières à la pharmacie. Elle lui doit d'avoir adouci ce que les médicaments avaient de plus rebutant. Elle a remplacé par la quinine ces horribles prises de quinquina en poudre ; on lui doit surtout l'abolition de ces médecines noires, répugnant à la fois à la vue, à l'odorat, au goût, et qui du jour où l'on devait prendre médecine faisaient un jour néfaste pour les malades ! Les remèdes actuels n'ont plus rien de repoussant, les préparations ont souvent même un goût agréable. Les pharmaciens ont trouvé l'art de dorer la pilule (*quelques sourires*) ; cela ne nuit point à la science,

qui seule a le droit de déterminer les éléments dont cette pilule sera composée.

A chacun donc son mérite et son droit. Au docteur le droit de prescrire les remèdes, au pharmacien seul le droit de les préparer et de les vendre.

Nous estimons qu'il y a lieu de casser. »

Conformément à ces conclusions, la Cour a statué ainsi qu'il suit :

« La Cour ;

« Ouï M. le conseiller Quénoble, en son rapport ; Mes Béchard et Hérold, avocats des parties, en leurs observations ; et M. le procureur général Dupin, en ses conclusions, après en avoir délibéré :

« Vu les articles 25, 33 et 36 de la loi du 21 germinal an XI et la loi du 29 pluviôse an XIII ;

« Attendu que la loi du 21 germinal an XI a voulu séparer définitivement la médecine de la pharmacie et faire de celle-ci une profession particulière ;

« Que, dans ce but, elle a créé et établi des écoles de pharmacie à côté des écoles de médecine, et déterminé des études théoriques et pratiques auxquelles serait subordonné le titre de pharmacien ;

« Qu'en échange des obligations imposées aux pharmaciens, ladite loi a confié à ceux-ci le droit exclusif de préparer et de débiter les médicaments inscrits au Codex ou prescrits par un médecin ; en sorte que, de même que nul ne peut exercer la médecine s'il n'a au moins le titre d'officier de santé, de même nul ne peut préparer ou débiter des médicaments quelconques s'il n'est pharmacien ; que l'article 27 de la loi précitée a autorisé, il est vrai, les officiers de santé établis dans une localité où il n'y a pas d'officine ouverte à fournir des médicaments aux personnes près desquelles ils seraient appelés ; mais que cette disposition, tout exceptionnelle, n'est point applicable à une localité qui compte plusieurs pharmaciens ayant officine ouverte, lorsque d'ailleurs rien ne constate de la part des pharmaciens le refus de se conformer à une ordonnance médicale quelconque ;

« Qu'il n'est pas possible non plus de trouver la justification d'un débit de médicaments par un médecin dans le fait de l'achat de ces médicaments dans une pharmacie spéciale ; que s'approvisionner de médicaments pour la plupart des cas qui se présentent, et en fournir habituellement aux personnes près desquelles on est appelé, c'est empiéter sur les droits des pharmaciens, contrairement aux prohibitions de la loi ;

« Attendu que l'arrêt attaqué constate en fait : 1° l'existence à Angoulême de plusieurs officines ouvertes ; 2° l'approvisionnement et le débit par le docteur Moreau de préparations médicales ; que, malgré ces constatations, il a refusé de faire application audit Moreau de la loi du 21 germinal an XI et de la loi du 29 pluviôse an XIII, en quoi cet arrêt a formellement violé lesdites lois ;

« Casse et annule l'arrêt rendu par la Cour impériale de Poitiers le 7 mai 1857, et, pour être statué conformément à la loi, sur l'appel du jugement rendu le 16 décembre 1856, par le tribunal correctionnel d'Angoulême, renvoie la cause et les parties devant la Cour impériale de Bourges ;

« Ordonne, » etc.

L'on connaît l'abus regrettable qui se produit chaque jour, à la quatrième page des journaux politiques, de la mention de l'approbation que l'Académie aurait accordée aux remèdes annoncés. Longtemps la docte assemblée a pensé que

le mieux était de ne pas s'arrêter à ce fait. Cet excès d'indulgence, ou d'indifférence, ayant augmenté l'audace de ceux qui ont imaginé ce moyen puissant d'exploiter la crédulité publique, le Conseil s'en est ému et, avant d'agir, il a renvoyé l'examen de la question à la Commission des remèdes secrets et nouveaux. L'Académie, sur le rapport de M. Robiquet, a décidé : 1° qu'il y a lieu, dans l'intérêt public, de s'opposer, par toutes voies de droit, à ce que des remèdes non autorisés soient annoncés comme ayant reçu l'approbation de l'Académie ; 2° qu'il ne convient pas moins de réprimer cet abus dans l'intérêt du décret du 3 mai 1850, dont l'Académie est appelée à proposer l'application.

Le propre des Compagnies savantes est de rester toujours fortes, toujours jeunes ; car, à l'exemple de l'humanité, elles se retrempent, elles se rajeunissent à chaque génération nouvelle. Mais, ainsi que l'a fait observer M. Bouvier dans son rapport récent à l'Académie de médecine, une condition non moins importante de sa puissance est que, à chaque vacance qui se produit, l'assemblée tâche de se recruter de manière à combler ses lacunes et à compléter ses moyens d'action, en appelant dans son sein les hommes dont la science lui fait défaut. Ce sont ces considérations si sages qui viennent de guider la Commission chargée de décider le choix de la section dans laquelle se fera la prochaine élection. Aussi, l'Académie a-t-elle adopté la conclusion du rapporteur et déclaré sa vacance dans la section d'anatomie pathologique. Ce vote ne laisse aucun doute sur le résultat de la candidature d'un jeune savant dont l'absence a été plus d'une fois regrettée lors des dernières discussions de questions histologiques et d'anatomie pathologique : nous avons nommé M. Robin, professeur agrégé à la Faculté.

Le corps médical a fait en ces derniers temps des pertes regrettables : notre ancien collaborateur, M. de Larroque, médecin honoraire des hôpitaux, connu surtout par ses recherches sur le traitement de la fièvre typhoïde par les purgatifs; M. Bayle, auteur de bons travaux sur les maladies mentales, la paralysie générale, et qui a récemment publié des Eléments de pathologie médicale suivant la doctrine hippocratique ; M. Guépin, correspondant de l'Académie à Angers, auteur d'une flore estimée ; M. Brulatour, le doyen des médecins de Bordeaux ; M. Fabre, professeur à l'Ecole de médecine de Lille ; enfin, un jeune confrère, M. Campagnac, élève interne de l'hôpital Saint-André de Bordeaux, qui a succombé à une fièvre typhoïde contractée au service des malades.

La Commission de l'Association générale des médecins de la France a tenu sa première séance. Après un discours de M. Rayer, dans lequel l'éminent médecin a exposé le but offert à ses efforts, la Commission s'est constituée par la nomination de son bureau. Ont été élus : président, M. Rayer ; vice-président, M. Serres ; secrétaire, M. Amédée Latour ; secrétaire adjoint, M. Bertillon. Un exemplaire imprimé à mi-marge du projet des Statuts de l'Association a été remis immédiatement à chacun de ses membres ; nul doute que ce projet ne soit prochainement livré à la publicité, et nous nous empresserons de le placer sous les yeux de nos lecteurs.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De la valeur du chlorate de potasse dans le traitement des gingivites chroniques, avec ou sans pyorrhée alvéolo-dentaire.

Par M. J.-V. Laborde, lauréat de la Faculté de médecine.

Nous avons étudié précédemment [1] l'action du chlorate de potasse sur une affection aiguë et spécifique, la stomatite mercurielle. — En abordant, aujourd'hui, la gingivite chronique, nous ne changeons, pour ainsi dire, ni de siége ni de tissus affectés; mais combien les conditions pathologiques sont différentes! d'une part, acuïté et génération morbide par un modificateur unique et spécial; d'autre part, chronicité et non spécificité de la cause. — Nul doute que de telles différences dans l'état pathologique n'en doivent entraîner dans les effets thérapeutiques du médicament mis en usage. Mais est-ce à dire que son action, très-favorable dans le premier cas, sera nulle dans le second? Légitimée, en apparence, par les distinctions que nous venons d'établir, cette présomption ne saurait l'être en présence de cette considération, que l'élément pathologique auquel on s'adresse est le même, au fond, à savoir: l'élément inflammatoire, et que, d'un autre côté, les conditions de chronicité ne sont pas une contre-indication formelle à l'emploi de la médication affectée à l'état aigu. L'analogie pourrait, au besoin, nous en fournir plus d'une preuve. Mais c'est aux faits cliniques que nous devons avant tout nous adresser : ils parlent plus haut que tous nos raisonnements. Leur réponse, nous avons hâte de le dire, est peu favorable dans la bouche des observateurs qui nous ont précédé dans cette étude. Ainsi, dans le travail de M. Isambert, nous lisons : « Cette affection (la pyorrhée alvéolo-dentaire) n'est nullement modifiée par le chlorate de potasse, comme il résulte des observations de M. Blache, de M. Bergeron et des nôtres. » Plus loin, M. Isambert signale encore « l'impuissance du chlorate de potasse contre la pyorrhée alvéolo-dentaire (*loc. cit.*, Obs. V et VIII). »

Une semblable déclaration, émanant d'observateurs tels que MM. Blache, Bergeron, Isambert, était peu de nature à encourager nos propres tentatives. Et cependant, en face des résultats généralement favorables obtenus de l'administration du chlorate de potasse dans la plupart des affections inflammatoires de la bouche, il nous était difficile, nous l'avouons, d'abandonner tout espoir de

(1) Voir les livraisons du 15 janvier et du 15 février 1858.

réussite dans celle qui nous occupe ici. Or, la plupart des observations qui suivent démontreront, je l'espère, en grande partie, la légitimité de cette conviction prématurée.

Mais il est urgent, avant tout, de bien s'entendre sur le véritable caractère de l'affection, à laquelle la considération d'un symptôme prédominant, un écoulement de pus, a fait donner le nom de pyorrhée alvéolo-dentaire. Sans doute, l'écoulement d'une matière purulente à travers la sertissure des dents, matière qui paraît fournie par la membrane alvéolo-dentaire enflammée ; un état ulcéreux du tissu gingival lui-même à son bord qui confine à la couronne dentaire, tels sont bien les deux symptômes caractéristiques de cette affection. Mais, au point de vue de son traitement, deux circonstances pathogéniques spéciales entraînent deux distinctions tranchées dans l'aspect, la marche, la durée de la maladie, et, par suite, dans son plus ou moins de résistance aux moyens thérapeutiques qui lui sont opposés. Ainsi, il ressort de nos observations que tantôt l'affection est évidemment engendrée par une, deux, ou trois dents primitivement malades ; ce sont ordinairement les incisives médianes, soit de l'arcade supérieure, soit de l'arcade inférieure, plus souvent de celle-ci, rarement des deux à la fois. L'affection est alors très-circonscrite : deux ou trois points purulents se voient à la sertissure des dents impliquées. Le bord gingival adjacent à la couronne dentaire est ulcéré, et l'ulcération ne dépasse guère l'étendue correspondante aux dents malades ; d'ailleurs, celles-ci sont branlantes, plus ou moins déchaussées et recouvertes de matière purulente concrétée. Or, dans ce cas, qui n'est pas rare, l'affection est d'une extrême ténacité ; elle résiste opiniâtrément au chlorate de potasse, et en général à tout traitement qui ne s'adresse pas directement à la cause du mal, l'affection du tissu dentaire.

D'autres fois, au contraire, la maladie plus généralisée siége sur toute une arcade alvéolaire, quelquefois sur les deux en même temps, le plus souvent sur l'inférieure. Lorsqu'on presse avec le doigt sur le tissu gingival, on fait sourdre des gouttelettes purulentes mêlées de sang au niveau de presque toutes les dents. Celles-ci, d'ailleurs, sont généralement saines ; on les trouve seulement plus ou moins déchaussées — mais ordinairement fort peu — par l'état ulcéreux du bord gingival, lequel s'étend sur toute la longueur de ce bord, sous la forme d'un liséré rouge vif. Alors, la maladie nous a presque toujours paru devoir être rapportée à une cause générale, telle, par exemple, que le défaut de propreté joint à une idiosyncrasie, qui, à en juger par l'aspect des choses, semble peu

s'éloigner de l'état scorbutique, car les gencives sont généralement anémiées, mollasses, fongueuses, saignantes, le siége, en un mot, d'une gingivite chronique plus ou moins intense; telle encore que l'habitude de fumer; ou bien, ainsi que cela a été dit, une influence de nature rhumatismale s'exerçant sur la membrane alvéolo-dentaire, etc., etc. Or, dans ces circonstances, le chlorate de potasse paraît avoir une efficacité incontestable, ainsi que cela va ressortir clairement, nous l'espérons, des quatre premières observations que nous allons relater ci-après.

Dans le premier cas, en même temps que la pyorrhée alvéolo-dentaire existait une gingivite paraissant se rattacher à l'influence de la profession du malade, lequel a longtemps travaillé le cuivre. Ses souvenirs sont très-nets à cet égard, et il affirme que le développement de son affection buccale date surtout de l'époque où il exerçait cette profession. Il ajoute que la plupart des autres ouvriers étaient atteints comme lui. Quoi qu'il en soit, voici le résumé de cette observation.

Obs. I. *Gingivite chronique (influence des préparations de cuivre). — Pyorrhée alvéolo-dentaire. — Traitement par le chlorate de potasse. — Guérison. — Nettoyage des dents.* — Datin, quarante-deux ans, homme de peine, entré le 12 janvier 1857, salle Saint-Jean-de-Dieu, n° 6 (Charité).

Ce malade est entré à l'hôpital pour une bronchite capillaire, contre laquelle a été dirigé aussi le chlorate de potasse pris à l'intérieur; mais c'est de l'affection de la bouche que nous avons à nous occuper exclusivement ici, et voici les symptômes qu'elle présente : muqueuse buccale généralement pâle et décolorée; gencives molles, gonflées, comme diffluentes. Le malade dit avoir éprouvé des douleurs à la langue, au début de l'affection (il n'a jamais pris de mercure). Aujourd'hui cet organe ne présente rien d'anormal. Le bord gingival dentaire est très-ulcéré, et comme creusé d'un sillon profond, qui met à nu une grande partie de la racine des dents. Ce sillon est comblé par une matière purulente semi-liquide, qui empiète sur la couronne dentaire. La partie de celle-ci où ne s'étend point le dépôt est recouverte d'un enduit de couleur bronzée; aussi, est-il à peine possible de déceler quelques traces de la blancheur normale du tissu dentaire. C'est que, comme la plupart de ses semblables, ce malade ne s'est jamais douté de la nécessité de nettoyer ses dents, et il avoue, du reste, qu'il n'en a nullement le temps, et qu'il a bien autre chose à faire. L'état que nous venons de décrire existe aux deux arcades dentaires, mais plus prononcé à l'arcade supérieure. La pression sur les gencives augmente le dépôt purulent. Il n'y a que très-peu de salivation et presque pas de douleur.

19 janvier. *Prescription.* — Gargarisme avec :

Chlorate de potasse.	5 grammes.
Miel rosat.	30 grammes.
Eau.	125 grammes.

(Le malade prend, en même temps, à cause de sa bronchite, 5 grammes de chlorate à l'intérieur). Recommandation lui est faite d'user plusieurs fois par

jour de son gargarisme, et, avant de le rejeter de sa bouche, de frotter, avec son doigt, ses dents et ses gencives.

Le 21. Disparition presque complète du dépôt purulent à l'arcade inférieure. Il persiste, en partie, à l'arcade supérieure, où il était plus abondant. Meilleure consistance du tissu gingival. Déjà il est moins pâle et tend à prendre une légère coloration rosée. Même gargarisme (10 grammes de chlorate en potion).

Le 22. Il n'y a plus trace de dépôt à l'arcade inférieure. Quelques points persistent à la supérieure. Coloration plus vive des gencives. *Idem.*

Le 23. La sécrétion purulente a disparu partout. Le gargarisme est néanmoins continué. Mais ayant été oublié par M. le pharmacien, le 25 et le 26, un point purulent s'est reproduit à l'arcade supérieure vers le bord gingival attenant à la canine gauche.

Le 27. Le gargarisme a été repris. L'arcade inférieure reste complétement nettoyée. Le point purulent signalé persiste à la supérieure. Le tissu dentaire reprend sa blancheur normale.

Le 29. La dose du chlorate, à l'intérieur, est portée à 15 grammes. Même gargarisme.

Le 30. Tout a disparu, et on ne voit plus trace de dépôt purulent. Le tissu gingival a complétement recouvré son état de consistance, de côloration et de vitalité normales. M. le chef de clinique a pu le constater ainsi que nous. Les dents, dont nous avons vu la blancheur complétement dissimulée sous un enduit gris-noirâtre, sont parfaitement nettoyées et très-blanches.

Ainsi, dès le troisième jour, l'écoulement de pus n'existe plus à l'arcade inférieure; un point purulent persiste jusqu'au dixième jour à la supérieure, qui est la plus affectée. Le onzième, le tissu gingival a recouvré son aspect normal. Bien que, en même temps que le gargarisme, le chlorate ait été administré à l'intérieur à des doses assez élevées (5, 10, 15 grammes), c'est principalement à l'usage topique du médicament qu'il faut rapporter l'effet produit. Nous aurons occasion de démontrer, en effet, que c'est surtout et presque exclusivement sous cette dernière forme que le chlorate agit efficacement dans l'affection qui nous occupe.

Dans le cas suivant, les modifications imprimées à l'état des gencives ont été plus rapides; mais il est vrai de dire que l'affection était moins intense.

Obs. II. *État anémique des gencives.* — *Pyorrhée alvéolo-dentaire.* — *Traitement par le chlorate de potasse (usage externe).* — *Disparition rapide du dépôt purulent.* — Noël (Henri), trente-huit ans, imprimeur; n° 21, salle Saint-Jean-de-Dieu; entré le 28 avril 1857.

Ce malade, affecté de bronchite sibilante et prenant déjà, à cet effet, du chlorate de potasse à l'intérieur depuis le 9 mai, se plaignait, dès le début, de douleurs dans les gencives. Il était facile de constater que celles-ci étaient très-anémiées, d'une extrême pâleur; d'une assez bonne consistance, toutefois, et ne saignant pas à la pression. Quelques points purulents se voyaient à la sertissure de l'arcade alvéolaire supérieure. Quoique un peu déchaussées, les dents

étaient saines, non branlantes, et d'une assez belle blancheur. Administré en potion du 9 au 24 mai, le chlorate de potasse n'avait amené aucune modification dans cet état, et, à cette dernière date, il fut prescrit un gargarisme avec :

Chlorate de potasse. . . . . . 5 grammes.
Eau. . . . . 125 grammes.
(Continuation de la potion à la dose de 4 grammes.)

Le 25. Par erreur, le malade a fait, avec son gargarisme, des injections dans le canal de l'urètre, affecté de blennorrhagie. Nous observons que sous l'influence de ces injections, l'écoulement blennorrhagique a manifestement diminué. Même état des gencives ; même gargarisme.

Le 27. Le dépôt purulent n'existe plus. *Idem.*

Le 28. Plus de douleur. Le tissu gingival a beaucoup perdu de sa pâleur anémique. *Idem.*

Le 29. Coloration légèrement rosée des gencives. Le dépôt ne s'est pas reformé.

Le 1er juin. *Exeat.*

Quoique très-modifiées dans leur état, les gencives n'ont pas repris complétement leur aspect normal. Mais l'effet déjà obtenu permet d'affirmer que deux ou trois jours de plus auraient suffi pour réaliser ce résultat. Quoi qu'il en soit, la pyorrhée avait déjà cédé dès le deuxième jour à l'action topique du médicament, tandis que son usage interne, continué pendant quinze jours (du 9 au 24 mai), n'avait amené aucune modification. C'est là un point capital dans l'histoire des applications du chlorate à l'affection qui nous occupe, et c'est pourquoi nous y insistons.

Obs. III. *Gingivite chronique (intense). — Pyorrhée alvéolo-dentaire. — Traitement par le chlorate de potasse (usage externe). — Guérison. — Nettoyage des dents.* — Le nommé Picard, quarante-deux ans, maçon ; n° 9, salle Saint-Jean-de-Dieu ; entré le 16 janvier 1857.

Le 10 février. Ce malade, atteint de phthisie pulmonaire et laryngée, prend du chlorate de potasse à l'intérieur depuis le 20 janvier. Le 10 février, il n'existe pas de salivation, et cependant le malade se plaint de vives douleurs dans la bouche et particulièrement dans les gencives. Celles-ci, en effet, sont tuméfiées, mollasses, fongueuses, pâles, et facilement saignantes. A leur bord dentaire existe une large ulcération qui déchausse profondément la racine des dents. Le sillon qui en résulte est comblé par un dépôt purulent abondant, qu'augmente la pression sur les gencives. C'est l'arcade inférieure qui est la plus affectée. La blancheur du tissu dentaire est complétement dissimulée sous un enduit noirâtre. Enfin, toute la muqueuse buccale est pâle et anémiée. Elle apparaît d'un rouge vif à la gorge, aussi bas que peut plonger la vue.

Prescription. — Gargarisme avec :

Chlorate de potasse . . . . . 5 grammes.
Miel rosat . . . . 30 grammes.
Eau. . . . . 125 grammes.

Le 11 février. Le malade a soigneusement exécuté le gargarisme, en frottant

avec la pulpe de l'index les dents et les gencives. Disparition partielle de la matière purulente. Gargarisme *ut suprà*.

Le 12. Les effets du gargarisme sont remarquables. Tuméfaction moindre des gencives. Elles reprennent de la consistance et une coloration légèrement rosée. Il reste à peine des traces du dépôt purulent. Les dents blanchissent. *Idem*.

Le 15. L'état de l'arcade gingivale supérieure est à peu près normal. L'inférieure laisse encore suinter vers la sertissure moins ulcérée quelques gouttes purulentes. *Idem*.

Le 16. L'arcade inférieure est, à son tour, complétement nettoyée. Le tissu gingival est consistant, détuméfié, coloré. Les dents ont recouvré à peu près leur blancheur normale.

C'est là un effet remarquable et pourtant réel qu'ont pu constater, comme nous, le chef de clinique, M. le docteur Duroziez, et M. le docteur Lemaire, ancien chef de clinique du même service.

Notons encore que dans ce cas, comme dans le précédent, le chlorate pris à l'intérieur, du 20 janvier au 10 février (environ vingt jours), n'a amené aucune modification dans l'état des gencives ; nouvelle preuve de son inefficacité, sous ce mode d'administration, dans l'affection qui nous occupe. — Il ne faudrait pas cependant émettre à ce sujet une assertion trop absolue, et nous n'entendons pas affirmer, quant à nous, que le chlorate pris à l'intérieur soit toujours impuissant dans des cas pareils à ceux que nous venons de rapporter. Si telle était notre pensée, le fait suivant viendrait nous donner un formel démenti. Mais, tout favorable qu'il est, il sera facile de voir combien il diffère, quant à la rapidité du résultat, de ceux qui précèdent.

Obs. IV. *Gingivite chronique. — Pyorrhée alvéolo-dentaire. — Traitement par le chlorate de potasse* (*usage interne*). — *Guérison.* — Lesort (Pierre), trente-cinq ans, brocheur; n° 22, salle Saint-Jean-de-Dieu.

Le 16 juin 1857. Ce malade, retenu à l'hôpital depuis plus d'un an par un rhumatisme articulaire chronique et des hydarthroses consécutives, est atteint, en même temps, de gingivite chronique avec pyorrhée alvéolo-dentaire. Celle-ci, qui existe depuis assez longtemps (le malade a été militaire), attire plus particulièrement aujourd'hui son attention par les vives douleurs qu'elle provoque, surtout pendant la mastication.

Les gencives, en effet, sont pâles et anémiées, leur tissu est mollasse et fongueux. Une ulcération rubanée siége tout le long de la sertissure, aux arcades supérieure et inférieure ; entre les dents déchaussées et le bord gingival adjacent, coule abondamment, par la pression, une matière purulente. Les dents sont néanmoins assez fortement enchâssées et non branlantes ; douleurs vives, exaspérées par la pression et la fonction masticatoire. Arcade inférieure plus affectée que la supérieure.

Le 16 juin. On prescrit un julep gommeux, avec addition de chlorate de potasse, 5 grammes.

Le 23 seulement, il est permis de constater une notable modification dans

l'état des choses. Le tissu gingival a pris de la consistance; à sa pâleur a succédé une bonne coloration rosée. C'est à peine si une forte pression, que le malade supporte sans douleur, provoque l'écoulement de quelques gouttes purulentes. *Idem.*

Le 3 juillet. Plus de depôt; plus d'écoulement de pus par la pression. Bonne consistance du tissu gingival; plus de douleur. Le malade, heureux de ces modifications, exprime le vif désir d'en voir apporter de semblables à ses accidents rhumatismaux. *Idem.*

Le 5. Les gencives ont, en tout, recouvré leur état normal. (Le passage du chlorate dans les urines a été constaté par le réactif de *Frésénius.*)

Le 6. Le julep est supprimé.

Le 13. Le bon état des gencives se maintient.

Le 5 août. A l'heure où nous écrivons ces lignes, il n'est survenu aucun changement, et l'amélioration persiste.

Ainsi, malgré le mode d'administration, ce résultat ne saurait être douteux : mais nous ferons remarquer combien il est lent à se produire, relativement surtout aux cas qui précèdent, dans lesquels nous avons vu les premières modifications se manifester au plus tard dès le troisième jour, presque toujours dès le premier ou le deuxième, et dans lesquels la guérison ne s'est jamais fait attendre plus de cinq ou six jours en moyenne. Une seule fois, le traitement a duré onze jours (Obs. I); mais l'affection était très-intense et se rattachait à des influences pathogéniques spéciales qui la rapprochaient de la gingivite mercurielle. Au contraire, dans le dernier cas que nous venons de relater, ce n'est que le septième jour que les premières modifications apparaissent, et le vingtième seulement que la guérison est confirmée. Encore un coup, il y a là l'indice d'une réelle différence d'action thérapeutique, tenant au mode d'administration du médicament.

Voici d'autres faits appartenant à la première catégorie, et, par conséquent, tous favorables. Le premier est complexe : en même temps qu'il a trait à une pyorrhée alvéolo-dentaire, il contient la relation assez curieuse d'une sialorrhée paraissant déterminée par un abus d'acide acétique en gargarisme. L'examen des antécédents démontrait une absence de toute liaison entre les deux états pathologiques; mais comme ils se sont trouvés accidentellement associés chez le même malade, nous avons cru devoir les réunir dans une seule et même observation.

Obs. V. *Sialorrhée abondante.— Guérison rapide par le chlorate de potasse (usage interne). — Gingivite chronique avec pyorrhée alvéolo-dentaire. — Traitement par le chlorate de potasse (usage externe).—Guérison.— Nettoyage des dents.* — Legros, soixante-trois ans, chauffeur de machines à vapeur; n° 2, salle Saint-Jean de Dieu; entré le 4 avril 1857.

Le 8 avril. Venu à l'hôpital pour une affection cardiaque et aortique, ce

malade se plaint à nous, le 8 avril, de douleurs vives dans la bouche et de l'abondance de sa salive. Voici ce que nous constatons : Muqueuses buccales, particulièrement les muqueuses linguale et gingivale, enflammées et douloureuses. Langue non sensiblement tuméfiée. Bouche constamment remplie d'une salive très-visqueuse, abondante, qui oblige le malade à une expuition incessante, source pour lui d'une grande gêne. Il a pris une seule fois du mercure en sa vie, à l'âge de dix-huit ans. Mais depuis quelques jours, et pas plus tard que la veille de son entrée à l'hôpital, il faisait usage chez lui, pour rendre sa bouche moins pâteuse, d'eau très-vinaigrée, avec laquelle il se gargarisait. Il convient lui-même qu'il mettait trop de vinaigre, et que sa bouche en était emportée, sélon son expression. C'est seulement de cette époque que date sa salivation et ses douleurs, rien de semblable n'existant auparavant. D'ailleurs, rien d'anormal du côté de la gorge ni dans lès ganglions ; mais il existe en même temps une gingivite chronique, avec pyorrhée alvéolo-dentaire, bien antérieure aux accidents qui précèdent, et caractérisée par une mollesse et un état fongueux du tissu gingival, avec dépôt abondant de matière purulente semi-concrète entre le bord alvéolaire et la couronne dentaire qu'elle recouvre en partie, tant à l'arcade supérieure qu'à l'inférieure. La pression augmente le dépôt. Les dents sont saines, mais très-noires. *Prescription.* — Julep gommeux avec addition de chlorate de potasse, 2 grammes.

Le 9. L'état buccal et la salivation ne sont pas sensiblement modifiés. *Idem.*

Le 10. L'amélioration est remarquable ; presque plus de douleur, même pendant la mastication ; salivation très-diminuée. *Idem.*

Le 13 (5e jour). La salivation a complétement cessé ; plus de douleur, ni spontanée ni provoquée. La gingivite et la pyorrhée alvéolo-dentaire seules persistent, sans avoir éprouvé la moindre modification. Dans le but de les combattre, on prescrit alors :

Le 13 avril. Gargarisme avec chlorate de potasse, 5 grammes ; miel rosat, 30 grammes ; eau, 125 grammes. Le julep est supprimé.

Le 14. Le malade a strictement exécuté le gargarisme, en ayant soin, pendant le séjour du liquide dans sa bouche, et selon notre recommandation, de frotter avec l'index ses dents et ses gencives. Le dépôt purulent a disparu en majeure partie. L'état du tissu gingival n'est pas sensiblement modifié. Gargarisme *ut suprà.*

Le 6. Plus de dépôt ni d'écoulement de pus ; bonne consistance du tissu gingival. Les dents recouvrent leur blancheur. *Idem.*

Le 8. La pyorrhée ne s'est pas reproduite ; état à peu près normal du tissu gingival ; dents blanches. Le malade, sous l'influence d'une intoxication par la digitale, ne peut plus exécuter le gargarisme qui est supprimé. Le résultat obtenu n'en est pas moins complet et, avec tous ceux qui précèdent, il plaide hautement en faveur de l'application topique du chlorate dans la gingivite accompagnée de pyorrhée alvéolo-dentaire. En revanche, l'efficacité de son administration à l'intérieur, dans un cas de sialorrhée, avec douleur et inflammation légère de la muqueuse buccale, est clairement démontrée par la même observation. Quatre jours et une dose très-minime du médicament (2 grammes) ont suffi pour mettre fin à la salivation et aux autres accidents. On peut lire dans le tome LII du *Bulletin de Thérapeutique* (15 mars 1857) la relation très-remarquable d'un cas de sialorrhée par l'ammoniaque, observé par M. le docteur Fonssagrives, de Cherbourg, et traité avec un succès complet par le chlorate de potasse. Il s'agit d'un matelot qui a pris 30 grammes environ d'ammoniaque

caustique, dans l'intention de se suicider : émétique, neutralisants acides, eau vinaigrée immédiatement appliqués ; puis larges émissions sanguines générales et locales, tout fut inutile ; « une sialorrhée très-abondante, avec rejet de mucosités sanguines, donnait lieu à des déperditions immenses. » Après ces vaines tentatives, 2 grammes de chlorate de potasse sont prescrits en potion. Le cinquième jour, le flux de mucosités est réduit à une quantité insignifiante. Le vingtième jour après l'accident, le rétablissement est complet.

Après de tels faits, on ne saurait méconnaître une action spéciale, et en quelque sorte élective, du chlorate de potasse dans les affections buccales caractérisées par une hypersécrétion salivaire.

Obs. VI. *Gingivite chronique. — Pyorrhée alvéolo-dentaire. — Traitement par le chlorate de potasse en gargarisme. — Guérison. — Nettoyage des dents.* — Fessard (Joseph), vingt-quatre ans, cordonnier, entré le 22 juin 1857 ; couché au n° 24, salle Saint-Jean-de-Dieu.

Le 7 juillet. Ce malade, convalescent d'une entéro-mésentérite typhoïde grave, se plaint, le 7 juillet, de douleurs dans la bouche, sévissant surtout aux arcades gingivales, et particulièrement à l'inférieure. L'examen de ces parties nous permet de constater que le tissu gingival, décoloré et très-pâle, est d'un aspect fongueux et de consistance très-molle. Un liséré ulcéré règne tout autour de la sertissure ; la pression du doigt fait sourdre des gouttelettes de pus mêlées de sang entre le bord gingival et la couronne dentaire. Les incisives moyennes de l'arcade inférieure sont légèrement branlantes ; elles nous paraissent cependant complétement saines. Toute la surface des dents est noire et comme enfumée. Le reste de la muqueuse buccale est normal, si ce n'est à la gorge, où elle présente un peu de rubéfaction. L'arcade gingivale supérieure est moins impliquée que l'inférieure. Cet état des gencives existe depuis longtemps, au dire du malade ; mais il n'y avait jamais éprouvé d'aussi vives douleurs que depuis sa fièvre typhoïde, qui paraît avoir beaucoup contribué à l'aggraver. *Prescription.*— Gargarisme avec chlorate de potasse, 8 grammes ; eau, 250 grammes. Frotter les dents et les gencives avant le rejet du liquide.

Le 8. Bien que la moitié seulement du gargarisme ait été employée, l'amélioration est néanmoins déjà remarquable ; et d'abord, il n'y a presque plus de douleur ; le tissu gingival reprend de la consistance et une légère teinte rosée. La pression fait sourdre encore quelques gouttes de pus et de sang. *Idem*, avec recommandation d'user au moins un gargarisme entier par jour.

Le 13. Plus de pyorrhée ; la pression sur les gencives provoque seulement l'écoulement de quelques gouttes sanguines. Bonne consistance du tissu gingival ; dents blanches ; il ne souffre plus. *Idem.*

Le 15. Tout est normal ; plus de sang ni de pus à la pression. Le gargarisme est continué par prudence.

Le 18. La guérison se maintient.

Le 4 août. Le gargarisme est abandonné depuis quelques jours, et l'état des gencives n'en demeure pas moins excellent.

Nous arrivons aux observations de la deuxième catégorie, dans lesquelles les résultats sont loin d'être aussi favorables. — La première que nous allons rapporter peut servir de transition entre les faits qui précèdent et ceux qui suivent. Cette observation, en effet,

n'est pas précisément un cas d'insuccès ; mais l'action modificatrice du médicament s'est produite avec une telle lenteur, qu'elle équivaut presque, nous l'avouons, à de l'inefficacité. C'est, d'ailleurs, un cas de gingivite non compliquée.

Obs. VII. *Gingivite chronique (état anémique très-prononcé des gencives). — Pas de pyorrhée alvéolo-dentaire. — Traitement par le chlorate de potasse (usage externe). — Guérison difficile. — Blanchissage des dents.* — Le nommé Simon (Modeste), trente-huit ans, cordonnier; n° 9, salle Saint-Jean-de-Dieu. — En traitement depuis longtemps pour une maladie de Bright.

Le 1er *juin.* Douleurs dans les dents et les gencives. Celles-ci sont très-anémiées, d'une pâleur excessive, tuméfiées, douloureuses à la pression. Leur consistance est, en quelque sorte, exagérée et presque celle d'un tissu lardacé. Elles ne sont point le siége d'un écoulement purulent, mais une forte pression y fait sourdre des gouttelettes sanguines, au niveau de la sertissure. Les dents, non déchaussées, sont excessivement noires, comme enfumées. Le malade affirme qu'elles n'ont pris cette coloration que depuis qu'il prend lui-même des pilules de lactate de fer. Quoiqu'il en soit, on prescrit un gargarisme avec : chlorate de potasse, 8 grammes ; eau, 250 grammes. (Frotter avec la pulpe de l'index les dents et les gencives avant de rejeter le liquide.)

Le 4. Point de changement notable, si ce n'est que les dents commencent à blanchir.

Le 5. Les gencives sont un peu plus colorées. *Idem.*

Le 9. Les parties sont moins douloureuses, mais le tissu gingival conserve sa consistance, son aspect nacré et sa tuméfaction. La modification la plus réelle qui se manifeste est le blanchissage des dents. *Idem.*

Le 17. Même état des gencives, à part la douleur qui n'existe plus. La pression amène toujours un peu de sang à la sertissure. — En même temps que le gargarisme, on donne un julep au chlorate de potasse. 5 grammes.

Le 21. Meilleure coloration des gencives ; leur consistance reste la même. La tuméfaction semble diminuer. *Idem.*

Le 28. Teinte légèrement rosée du tissu gingival ; la tuméfaction a cédé en grande partie. *Idem.*

Le 3 juillet. Plus de tuméfaction ; coloration à peu près normale. Il ne coule plus de sang à la pression, mais les gencives conservent toujours une dureté remarquable. Les dents ont parfaitement recouvré leur blancheur normale.

Le 5. Le malade s'en va, les choses étant dans l'état que nous venons de de dire.

Depuis la sortie de l'hôpital, il est revenu nous voir plusieurs fois ; et nous avons pu constater la persistance des améliorations obtenues ; mais il a fallu, comme on le voit, plus d'un mois pour arriver à ce résultat qui est, par conséquent, loin d'être aussi satisfaisant que ceux qui précèdent.

En voici une bien plus défavorable encore.

Obs. VIII. *Gingivite chronique. — Pyorrhée alvéolo-dentaire. — Insuccès du chlorate de potasse (usage externe). — Nettoyage des dents.* — Léonard (François), vingt-six ans, pâtissier ; n° 17, salle Saint-Jean-de-Dieu ; entré le 27 mai 1857. Atteint d'une affection du cœur, pour laquelle il entre pour la deuxième

fois dans le service, ce malade présente aussi un état pathologique des gencives qui paraît exister depuis longtemps. Celles-ci, en effet, sont très-tuméfiées (surtout à l'arcade inférieure), comme boursouflées et très-pâles. Leur tissu est cependant d'une assez bonne consistance : mais il est comme échancré au niveau des incisives inférieures, qui, de la sorte, se trouvent assez profondément déchaussées. Elles sont recouvertes à cet endroit, et assez haut sur leur couronne, d'une matière purulente plus ou moins concrète, que l'on augmente par la pression, et à laquelle se mêlent des gouttelettes sanguines. On en fait sourdre aussi, mais en moins grande abondance, tout le long de la sertissure, en haut et en bas. De plus, les incisives inférieures sont très-branlantes, et le malade éprouve, principalement au niveau de leur racine, des douleurs assez vives que la mastication exaspère. Ce n'est pas la première fois que cette douleur se fait sentir, et déjà le malade a fait longtemps usage d'un gargarisme dont il ne sait spécifier la nature. S'il en a éprouvé, ainsi qu'il le dit, quelque soulagement du côté de ses douleurs, l'état local ne paraît pas avoir été modifié le moins du monde. Quoi qu'il en soit, nous ne trouvons dans les antécédents du malade rien qui puisse nous éclairer sur la pathogénie de cette affection. Jamais il n'a pris de mercure ; il ne fume pas. Il a toujours vécu dans d'assez bonnes conditions hygiéniques, et, à part son affection actuelle du cœur (rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche), il n'a jamais eu de maladie grave, et en particulier de maladie septique. Faut-il admettre une influence rhumatismale sur la membrane alvéolo-dentaire ? Nous croirions plus volontiers à un état pathologique du tissu dentaire lui-même, entretenant l'inflammation de cette dernière et les accidents sus-mentionnés.

Prescription. — Le 9 juin, gargarisme avec :

Chlorate de potasse.	8 grammes.
Eau	250 grammes.

(Frotter les gencives et les dents avec le liquide suffisamment retenu dans la bouche.)

Le malade emploie un gargarisme entier chaque jour, en se conformant aux instructions données, et, après un mois de ce traitement (9 juillet), c'est à peine si les douleurs sont calmées et la tuméfaction un peu réduite. La pyorrhée n'est nullement modifiée.

La dose du chlorate est portée à 12 grammes, toujours en gargarisme.

Malgré cette augmentation, l'écoulement purulent existe encore le 20 juillet, quoique moins abondant qu'au début. Les douleurs n'ont pas même complétement cédé.

Les seules modifications obtenues portent sur la coloration du tissu gingival, dont la pâleur a disparu sous une légère teinte rosée ; sur la tuméfaction, qui est réduite en partie ; enfin, et surtout, sur le parfait blanchissage des dents. Mais ce fait ne saurait consacrer un succès semblable à celui dont nous avons donné précédemment plusieurs exemples.

Obs. IX. *Gingivite chronique. — Pyorrhée alvéolo-dentaire. — Chlorate de potasse (usage interne et externe). — Insuccès. — Nettoyage des dents.* — Il s'agit d'une femme, âgée de quarante-six ans, blanchisseuse, couchée au n° 4 de la salle Sainte-Madeleine, et qui a été l'objet d'une de nos observations de stomatite mercurielle (voir la livraison du 15 février dernier, page 117).

Dès son entrée à l'hôpital, nous avons noté l'état suivant des gencives : ulcération rubanée au bord supérieur de l'arcade inférieure, avec quelques points purulents à la sertissure, surtout au niveau des incisives, lesquelles sont un peu déchaussées et branlantes. Pâleur et mollesse du tissu gingival. Dents recouvertes d'un enduit grisâtre qui en dissimule la blancheur normale. Pris à l'intérieur pendant près d'un mois (du 11 juin au 8 juillet), le chlorate de potasse n'a amené aucune modification dans l'état du tissu gingival, pas plus que dans la pyorrhée.

Le 9 juillet. On a recours à l'usage topique du médicament, et on prescrit un gargarisme avec :

Chlorate de potasse. . . . . . 8 grammes.
Eau. . . . . 250 grammes.

Le 10. Les trois quarts seulement du gargarisme ont été employés. Cependant les tissus sont plus colorés, le dépôt purulent est moins abondant, et l'ulcération rubanée de la sertissure a un aspect plus louable. Pas de douleur. *Idem*.

Le 15. Etat stationnaire de l'ulcération et de la pyorrhée. Il est vrai que le gargarisme est un peu négligé par la malade. *Idem*.

Le 17. Bonne coloration du tissu gingival. Quelques points purulents persistent toujours. L'ulcération est moins prononcée. *Idem*.

Le 20. Pas de modification nouvelle. La malade part, non guérie de ce côté. Toutefois ses dents ont parfaitement recouvré leur blancheur.

En résumé, neuf cas de gingivite chronique, dont huit avec pyorrhée alvéolo-dentaire : six guérisons bien confirmées ; deux insuccès ; un cas (sans pyorrhée) difficilement guéri après un long traitement. Dans un seul des cas favorables, le médicament a été administré à l'intérieur, et rien que sous cette forme (dose de 5 grammes.) La guérison s'est fait attendre vingt jours. Les premières modifications ne se sont manifestées que le septième. Dans les cinq autres cas, le chlorate, donné d'abord à l'intérieur (4, 5, 10, 15 grammes), n'a exercé aucune influence sur l'affection. Administré ensuite en gargarisme, aux doses de 5 et 8 grammes, il a constamment amené la guérison, au plus tard dans onze jours (Obs. I) ; au plus tôt dans trois jours (Obs. V, etc.) ; terme moyen, dans quatre ou cinq jours.

Presque toujours les premières modifications se sont manifestées dès le deuxième jour, et parmi ces modifications, il faut noter surtout : le changement de coloration des tissus, la diminution ou la disparition de l'écoulement purulent, la cessation de la douleur.

Dans les cas même rebelles, les modifications relatives à la coloration, au gonflement et à la douleur se sont en tout ou en partie réalisées. La pyorrhée seule a obstinément résisté.

Enfin, constamment nous avons vu le tissu dentaire recouvrer

rapidement sa blancheur normale, quelque dépourvu qu'il en fût.

De tout cela il est donc permis de conclure que :

1° Le chlorate de potasse possède une action curative dans la plupart des cas de gingivite chronique avec pyorrhée alvéolo-dentaire (presque toujours l'une se complique avec l'autre);

2° Les cas véritablement accessibles à cette action sont ceux qui se rattachent plus particulièrement à des influences pathogéniques générales ou diathésiques ;

3° Les cas rebelles semblent régis par une cause essentiellement locale (affection du tissu dentaire) ;

4° L'efficacité du chlorate dans cette affection paraît résider spécialement, et presque exclusivement, dans son usage topique;

5° Enfin, le nettoyage parfait et constant des dents en fait un des meilleurs dentifrices.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Coup d'œil sur l'état de la thérapeutique concernant le spina-bifida ; son traitement par les injections iodées (1).

Si nous avions voulu témoigner seulement de la valeur réelle de ce nouveau traitement, nous aurions omis et le fait de M. Robert et celui de M. Nélaton, car la mort dans l'un et l'insuccès dans l'autre incombent exclusivement aux expérimentateurs. Mais ce que la science eût gagné en netteté d'affirmation, l'art l'eût perdu en sûreté d'application; or, nous nous adressons, ici surtout, à des praticiens; nous aurions donc été coupable de passer sous silence des faits qui présentent un enseignement réel. Quoiqu'il nous serait permis de ne pas tenir compte de ces faits, pour l'appréciation de la méthode thérapeutique, nous voulons les mettre à sa charge, et il nous restera encore huit succès contre un insuccès et deux morts, pour résultats des premiers essais d'injections iodées. Aucun des autres modes de traitement ne nous a encore offert une proportion de guérisons aussi considérable. Voilà pour l'efficacité.

Ce qui doit dominer dans tout essai de traitement nouveau, c'est l'innocuité de la tentative; *primò non nocere*. A ce propos, nous placerons ici une remarque que nous aurions dû faire tout d'abord : la différence dans les procédés opératoires mis en œuvre par les expérimentateurs. Tandis que les chirurgiens français vident complétement la tumeur et y injectent la solution iodée, M. Brainard,

(1) Fin. — Voir la livraison précédente, p. 249.

imitant la pratique suivie par M. Teissier (de Lyon) dans les cas d'ascite, n'enlève qu'une très-petite quantité de la sérosité contenue dans la poche du spina-bifida et la remplace immédiatement par une égale quantité de solution iodée. Mais, ainsi qu'on le voit dans les conclusions formulées par ce chirurgien, son but est le même : développer dans la tumeur une inflammation locale qui provoque le retrait de ses parois. Seulement, tandis que les chirurgiens français cherchent à déterminer ce degré d'inflammation locale le plus rapidement possible, à l'exemple de ce qu'ils pratiquent avec succès dans la plupart des cavités closes, M. Brainard tente de l'atteindre par des inflammations légères, mais répétées. Ce procédé, s'il était aussi efficace, présenterait donc plus de sécurité ; nous aurons à examiner tout à l'heure ce côté de la question.

Quant à la pratique suivie par les expérimentateurs français, son innocuité est démontrée par les faits, toutes les fois que la dose de teinture d'iode n'a pas dépassé le tiers de la quantité du liquide injecté.

Quel que soit celui des procédés auquel on donne le choix, l'exécution en est des plus faciles.

Ce premier coup d'œil jeté sur les faits montre que la méthode des injections iodées possède ce triple caractère imposé, nous l'avons dit, à toutes les tentatives thérapeutiques.

M. Brainard est encore le seul chirurgien qui ait cru pouvoir formuler le traitement du spina-bifida par les injections iodées. Suivant lui, pour opérer avec sécurité, par son procédé, il faut se conformer aux règles suivantes :

« 1° Au début, on doit employer une solution très-faible : un demi-grain d'iode et trois fois la même quantité d'iodure de potassium dissous dans une once d'eau distillée ; s'assurer que la solution est récente et bien préparée.

« 2° Il faut que l'injection produise une légère inflammation, et l'on ne doit se servir que de la faible dose indiquée pour chaque injection successive.

« 3° La ponction doit être faite à un quart de pouce de la base de la tumeur, dans la peau à l'état normal, afin d'éviter les dangers de l'ulcération.

« 4° La quantité de liquide retiré doit être égale à la quantité de liquide injecté, et il faut empêcher, par la compression exercée sur l'ouverture, la sortie de la solution injectée.

« 5° Si le petit malade éprouve des mouvements convulsifs, aussitôt après l'injection, on peut laisser écouler une certaine quantité

du liquide contenu dans la tumeur, et on le remplacera par une égale quantité d'eau distillée chauffée à la température du corps.

« 6° Il faut coucher l'enfant sur le ventre, et s'il y a production de chaleur et de tension dans la tumeur, on doit recourir aux lotions froides, qu'on appliquera sur la partie malade et sur la tête.

« 7° Aussitôt que la rougeur aura disparu et que la tumeur ne sera plus distendue, on appliquera du collodion sur les parois de la poche et on répétera cette application tant que le volume de celle-ci diminuera. Lorsque la tumeur cessera de diminuer, il faudra pratiquer une nouvelle injection avec une solution un peu plus chargée d'agent médicamenteux. Et quand la tumeur aura disparu, on n'en devra pas moins continuer l'application du collodion pendant plusieurs mois. »

— Les règles formulées par M. Brainard répondent surtout au précepte de prudence que nous impose notre devoir envers les malades, mais elles offrent quelques lacunes au point de vue de l'expérimentation. Dans sa quatrième conclusion, ce chirurgien dit que la quantité de sérosité à retirer de la tumeur doit être égale à la quantité de la solution iodée qui sera injectée, mais il oublie de déterminer celle-ci. Nous lisons dans une de ses observations (XX) que la guérison a été obtenue à l'aide d'une seule injection de 2 grammes d'une solution iodée, mais nous voyons en même temps que les agents médicamenteux entraient dans cette solution en poids double de celui recommandé dans la première de ses conclusions.

La quantité de liquide injecté doit-elle varier avec l'étendue de la tumeur? Dans une observation d'hydrocéphalie traitée par la même méthode, nous lisons que ce chirurgien a employé seulement pour les premières injections 2 grammes de solution iodée, qu'il porta progressivement jusqu'à 30 grammes. Il semble donc que M. Brainard débute le plus souvent par cette dose, quelle que soit l'étendue de la lésion.

Ce qui frappe le plus dans le récit des faits rapportés par ce chirurgien, c'est qu'il n'a pas choisi ses cas et a opéré tous ceux qui se sont présentés. On a pu voir, dans deux de ses observations, que le spina était accompagné d'hydrocéphalie, complication qui, jusqu'ici, avait éloigné toute tentative de traitement, et les petits opérés n'en ont pas moins guéri. Dans un troisième cas, les parois de la tumeur s'étaient rompues pendant l'accouchement, et il n'a pas hésité à injecter sa solution dans le canal rachidien. Fort même de l'innocuité de sa manière de faire, ce chirurgien ne craint pas d'aborder le traitement d'une hydrocéphalie considérable. Dans l'analyse que

nous avons donné de ce fait, on a pu voir que, dans l'espace de sept mois, M. Brainard avait pratiqué impunément vingt et une injections iodées dans l'intérieur du crâne.

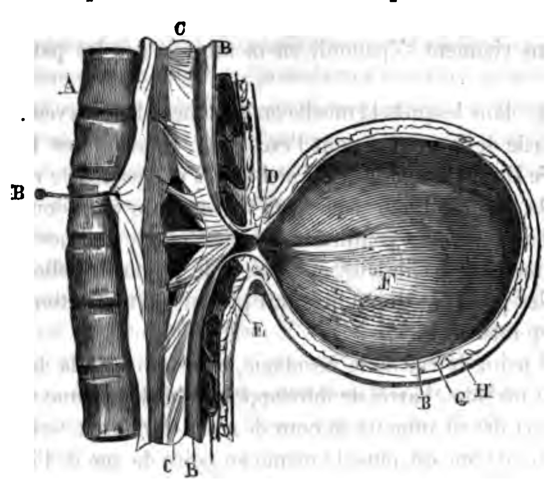
De tels résultats seraient certes de nature à entraîner les expérimentateurs en faveur de sa manière de procéder, si les observations contenues dans son travail ne présentaient des lacunes regrettables à l'égard des phénomènes observés à la suite de chacune des injections. Quoi qu'il en soit et malgré cette réserve, le procédé des injections mitigées présente de grandes garanties d'innocuité : solution *aqueuse* d'iode; ponction de la tumeur à l'aide d'un trocart capillaire; dosage du liquide poussé à l'intérieur. — Une seule crainte pourrait rester, la multiplicité des opérations. Mais un enseignement pratique important, qui a dû ressortir de la lecture des observations, est le peu de danger relatif des ponctions du spina lorsqu'elles sont suivies d'une injection iodée.

Le procédé des injections de solutions étendues et laissées à demeure nous paraît surtout applicable dans les cas de spina-bifida dépourvu de pédicule, circonstance qui dénote l'existence d'une large fissure vertébrale et laisse craindre la protrusion de la moelle, conditions plus fréquentes qu'on ne le pense.

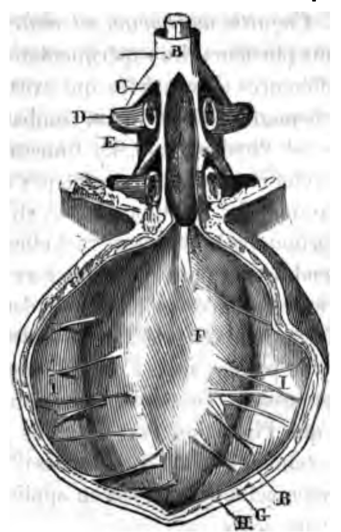
Dans tous les traités classiques qui ont donné des dessins de spina-bifida, on ne voit représentés que des cas au-dessus des ressources de l'art. Ces exemples des désordres anatomo-pathologiques de vices de conformation irremédiables ne peuvent servir en rien aux progrès et à la sûreté de la pratique chirurgicale. Désirant combler cette lacune, nous avons fait graver deux des pièces du musée Dupuytren, regrettant toutefois de ne pouvoir ajouter aucun renseignement clinique à leur description. La première figure représente le cas très-rare d'un spina-bifida de la région dorsale inscrit sous le numéro 19. La moitié supérieure du crâne qui a été conservée montre que l'enfant avait atteint l'âge de sept à huit ans lorsqu'il a succombé, et l'état d'intégrité de la tumeur prouve qu'il n'est pas mort des suites d'une tentative de traitement de son vice de conformation. La fissure porte sur les lames postérieures de la septième vertèbre dorsale.

L'examen de cette pièce nous offre à considérer : A, le tronçon du corps des dernières vertèbres de la région dorsale, légèrement incurvées en avant; cette projection en arc, qui existe toujours, est d'autant plus prononcée que la fissure vertébrale est plus étendue — B, B, la dure-mère rachidienne, qui va doubler l'enveloppe cutanée de la tumeur F; cette membrane forme, au niveau de l'hiatus ver-

bral, un repli D, sorte de diaphragme qui rétrécit cette ouverture. — La moelle épinière CC se détachant du corps des vertèbres pour se



porter vers la fissure E. — La peau H ne présentant, par exception, aucun point aminci ; une couche de tissu cellulaire G la sépare de l'enveloppe fibreuse. Celle-ci est doublée par le feuillet pariétal de la membrane arachnoïdienne. Cette enveloppe séreuse est trop ténue pour figurer dans une coupe.



La seconde gravure ci-contre représente un spina-bifida de la région lombaire, siége le plus fréquent de ce vice de conformation. Son volume est à peu près celui d'un petit œuf de poule, dimensions les plus ordinaires de ces tumeurs. La disposition anatomique des enveloppes est la même que dans la pièce ci-dessus, à l'exception de la présence de filets nerveux à l'intérieur de la poche. Le plus souvent, après avoir formé des reliefs à la surface interne de la dure-mère, les filets nerveux s'aplatissent, s'étalent et se perdent

dans l'épaisseur de la membrane ; dans ce cas, les filets nerveux I, I sont complétement isolés. Lorsque le vice de conformation existe dans la région sacrée, un plus grand nombre des cordons nerveux rachidiens viennent s'épanouir en membrane sur les parois de la tumeur.

Les cas dans lesquels la moelle ou quelques filets nerveux ne font point partie de la tumeur sont l'exception. Dans toutes les pièces du musée Dupuytren que M. Houel a eu l'obligeance de nous faire voir, cette complication existe. Cette circonstance vient donc ajouter au danger que crée la continuité des enveloppes internes du spina avec les membranes fibreuse et séreuse de la moelle ; elle légitime le rejet des procédés opératoires qui produisent une action traumatique trop intense.

Si, au point de vue de la nosologie, c'est-à-dire de la dénomination de la maladie, l'arrêt de développement de la colonne vertébrale dominait et devait imposer le nom de *spina-bifida* au vice de conformation, il n'en est plus de même au point de vue de l'intervention de l'art. Ici, l'élément hydropisie prime à son tour ; c'est l'hydrorachis et les conditions anatomo-pathologiques de la lésion qu'il importe d'étudier pour arriver à la solution du problème thérapeutique. *Cognitio morborum est materia remediorum.*

Dans plusieurs des expérimentations, les chirurgiens ont oublié les différences si tranchées qui existent entre les cavités, siége des épanchements séreux qu'on combat avec succès par les injections iodées, et l'hydrorachis. La tumeur dans cette dernière n'est pas une cavité close, et il ne suffit pas d'y déterminer un degré limité d'inflammation, il faut encore localiser le phénomène traumatique à la portion des membranes rachidiennes qui constituent une poche. Parviendra-t-on plus sûrement à ce résultat en ayant recours aux injections mitigées et laissées à demeure, plutôt qu'aux solutions plus fortes, mais chassées immédiatement de la tumeur ? L'induction porte à le penser, mais c'est à l'expérience clinique à prononcer en dernier ressort. Toutefois, nous pouvons dire dès maintenant que, de ce que l'injection des solutions contenant un tiers de teinture d'iode échoue souvent dans les cas d'hydrocèle, on n'est pas autorisé à dépasser cette dose lorsqu'on applique cette méthode au traitement de l'hydrorachis.

Il nous reste maintenant à tracer les règles spéciales que devront suivre les expérimentateurs qui adopteront le procédé d'injection de M. le professeur Velpeau. Les faits que nous avons rapportés plus haut prouvent son efficacité ; mais ce dont les observations ne peu-

vent témoigner, ce sont les précautions nécessaires pour atteindre la guérison en faisant courir aux petits malades le moins de danger possible.

Le premier point est relatif à la formule de la solution iodée. On a pu voir dans les observations précédentes que tous les chirurgiens qui avaient oublié le sage précepte donné par M. Velpeau, de ne jamais dépasser la proportion d'un tiers de teinture pour les solutions iodées destinées à être injectées dans les cavités, avaient été témoins d'accidents graves et même de la mort des petits opérés. Ainsi, dans les trois cas où la teinture est entrée pour moitié, l'un s'est terminé par la mort (Obs. XXIII). Dans le second, la cure a été obtenue, mais au prix d'une paraplégie (Obs. XXIV). Enfin, le troisième est un cas de succès (Obs. XVII), mais les paroles suivantes du chirurgien prouvent qu'il a été chèrement acheté : « L'enfant éprouve à plusieurs reprises des convulsions, les symptômes revêtant une forme tellement grave, que l'état du petit malade paraissait désespéré. »

Est-il prudent même de débuter toujours par une solution contenant un tiers de teinture d'iode sur deux tiers d'eau? Si nous possédions seulement le fait de M. Velpeau, l'hésitation serait possible, car, dans l'observation de sa malade, nous voyons des symptômes intenses de réaction générale et locale se manifester dès le premier jour.

« Le soir même, l'enfant a de la fièvre, sa tumeur est très-douloureuse, présente une teinte violacée, molle et remplie au tiers par l'exhalation séreuse.

« Deuxième jour. — Frissons, redoublement de la fièvre, cris continuels, tumeur très-tendue, rouge, luisante, douloureuse.

« Troisième jour. — Abattement moindre, tumeur fortement gonflée. Le moindre attouchement y développe de vives douleurs, que l'enfant accuse en agitant ses membres inférieurs et en poussant des cris.

« Cinquième jour. — La tumeur se vide dans la nuit par le trou du trocart ; le matin, elle est remplie de nouveau ; par le petit pertuis, on voit s'écouler quelques gouttes de liquide transparent. A dater de ce moment, la tumeur cesse d'être douloureuse. » (*Bulletin de Thérapeutique*, t. XLVI, p. 123.)

Si de tels phénomènes étaient toujours le résultat d'une injection au tiers, nul doute que cette dose de teinture d'iode ne fût encore trop considérable; nous avons, pour expliquer leur intensité, trois causes : le séjour d'une faible portion de la solution laissée dans la poche, la malaxation des enveloppes pendant l'injection, et leur compression à l'aide d'un bandage après l'opération. Sous l'influence de ces trois causes agissant à la fois, on s'explique la production de ces accidents. L'observation de M. Nélaton en fournit la preuve;

degré de phlogose locale nécessaire à l'oblitération de la tumeur.

En présence des ressources certaines et inoffensives que la méthode des injections iodées offre désormais aux praticiens, on comprendra que nous nous dispensions d'aborder l'étude de l'excision de la tumeur comme traitement du spina-bifida. Les cas de succès consignés dans la science doivent servir seulement à témoigner de la somme de traumatisme que l'enfance peut quelquefois subir impunément. Un chirurgien serait coupable, aujourd'hui, de débuter par l'emploi de cette méthode. DEBOUT.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note pharmacologique sur le kamala : nouvel agent ténifuge.

Nous empruntons la notice qui suit à la Revue pharmaceutique de M. Dorvault. Cet article est la traduction d'un travail communiqué à notre collaborateur par un savant pharmacologiste anglais, M. Hunsbry :

La poudre rouge particulière que l'on obtient des capsules du *rottlera tinctoria*, arbre de la famille des euphorbiacées, a été longtemps employée dans les Indes, à cause de sa propriété précieuse pour la teinture en soie. C'est en 1852 que cette substance attira pour la première fois mon attention, alors que j'examinais une collection de drogues formée à Aden par mon ami James Vaugham. Je publiai dans le *Pharmaceutical-Journal* (juin 1853) quelques remarques indiquant son origine botanique, et tout ce que je savais alors de ses usages économiques.

Son emploi comme agent thérapeutique ayant récemment attiré l'attention en Angleterre, par suite des rapports favorables qu'en ont faits plusieurs praticiens de l'Inde qui s'en sont servis avec succès dans le traitement du ténia, je pense qu'il ne sera pas sans intérêt de récapituler brièvement son histoire.

Le genre *rottlera*, ainsi nommé en l'honneur du vénérable médecin danois Rottler, missionnaire et naturaliste distingué, fut fondé par Roxburgh en 1798.

Le *rottlera tinctoria* est un arbre de quinze à vingt pieds de haut. Il est commun dans les districts de l'Inde, depuis Burma jusqu'au Punjab, et depuis Ceylan jusqu'aux chaudes vallées de l'Himalaya, où il s'élève jusqu'à cinq mille pieds. On le rencontre dans les îles Philippines, dans la Chine et dans l'Australie septentrionale.

Il paraît se développer aussi dans le sud de l'Arabie et dans le pays de Somali; c'est dans ces régions qu'on en extrait la matière tinctoriale que l'on transporte à Aden pour y être vendue.

Le fruit de cet arbre est triloculaire et de la grosseur d'un pois; sa surface extérieure est recouverte de toutes petites glandes, sessiles, presque rondes et demi-transparentes, offrant une belle couleur rouge. D'après Roxburgh, le fruit mûrit en février et en mars, époque à laquelle on le cueille; on en sépare avec soin la poudre rouge qui provient des glandes, et on la conserve pour l'usage.

Avant de poursuivre la description de cette substance, je pense qu'il est utile de faire connaître les noms par lesquels les natifs de l'Inde la désignent, ainsi que l'arbre qui la produit. Je dois à l'obligeance du professeur H.-H. Wilson, d'Oxford, quelques notions à ce sujet.

En sanscrit, le nom du *rottlera tinctoria* est *punnaga*, mot ayant plusieurs synonymes, parmi lesquels on peut citer *tunga* et *kesora*, d'où dérivent, dans le langage du Bengale, les mots *punnag*, *kesar* et *tung*, et en hindoustani *punnag*.

La poudre rouge produite par les capsules s'appelle dans le Bengale *kamala*, en abrégé *kamal*. Le mot sanscrit *kapila*, qui signifie *rouge sombre* ou *noirâtre*, semble s'y appliquer également. Dans la langue tamil, la substance en question est désignée sous le nom de *kapilapodi*, mot composé du sanscrit *kapila* et du tamil *podi*, qui veut dire *pollen* d'une fleur, ou *poussière* en général. *Vasantagandha*, mot sanscrit, signifiant *parfum du printemps*, est, d'après Roxburgh, le nom que, dans le langage de Telinga ou de Telugu, on donne à la poudre rouge en question. Dans les bazars, à Aden, on la connaît comme article de commerce, sous le nom de *waras*, qui signifie, à proprement parler, *safran*. Il est probable cependant que ce mot vient des Indiens Mohammadans, car on ne s'en sert pas ailleurs pour désigner la susdite poudre.

Le mot hindoustani *kamala* a été (avec quelques légères variations dans la manière de le prononcer) adopté par les Européens dans l'Inde; aussi m'en servirai-je (en omettant les accents qui indiquent la grande quantité des voyelles) comme le terme le plus convenable sous lequel on puisse désigner la poudre rouge qui provient des capsules du *rottlera tinctoria*. Le kamala, comme on le trouve dans les bazars indiens, a l'aspect d'une poudre couleur rouge brique, offrant, dans sa texture, ce caractère instable qu'on observe dans le lycopode et le lupulin. Cette poudre ressemble aussi au lycopode par la difficulté avec laquelle on peut la dissoudre dans

l'eau, et par la manière dont elle prend feu, quand on la projette à travers la flamme d'une bougie. Examinée à la loupe, ou mieux encore au microscope composé, on voit qu'elle contient de petits granules, rouges, demi-transparents et presque ronds, de 1/500 à 1/250 de pouce de diamètre, mélangés de poils très-ténus et de débris de tiges et de feuilles. En tamisant avec soin, on peut aisément la débarrasser de ces substances, et lui faire acquérir par cela même une couleur d'un plus beau rouge, et une apparence plus uniforme. Le kamala n'a que peu d'odeur et de saveur. Il est insoluble dans l'eau froide et un peu moins dans l'eau bouillante. Il est soluble dans la dissolution d'un carbonate alcalin, et davantage encore dans celle d'un alcali caustique. Dans l'un et l'autre cas, il produit une coloration d'un rouge foncé. L'addition d'un acide à ces solutions occasionne un précipité de matière résineuse.

Traité par l'alcool ou l'éther, le kamala donne une grande proportion de matières solubles, et la dissolution offre une couleur d'un beau rouge foncé. La solution alcoolique se trouble par l'addition de l'eau qui y fait naître un précipité résinoïde. Par des digestions successives dans l'alcool chaud, on enlève toute la matière colorante résineuse que renferme le kamala, et il ne reste pour résidu qu'une substance blanchâtre.

Le docteur Thomas Anderson, professeur de chimie à l'université de Glascow, a fait du kamala un sujet tout particulier d'étude, et a trouvé qu'une solution éthérée et concentrée de cette substance, abandonnée à elle-même pendant une couple de jours, se solidifie en une masse de cristaux granuleux. Si on les sèche dans du papier buvard, et si on les purifie de la résine qui y adhère par des lavages et des cristallisations répétées avec l'éther, on obtiendra la substance cristalline dans toute sa pureté. Elle consiste alors en cristaux jaunes, brillants, sous forme de très-petites plaques, et cette substance a été appelée *rottlerine* par le docteur Anderson.

Ce dernier rapporte que la rottlerine est insoluble dans l'eau, à peine soluble dans l'alcool froid, mais assez soluble dans l'alcool bouillant. Elle se dissout promptement dans l'éther. Elle se dissout aussi dans une solution alcaline, qu'elle colore en rouge foncé. Sa dissolution alcoolique ne précipite pas par l'acétate de plomb.

Le brome la décolore instantanément, et il se forme un produit par substitution qui se dissout promptement dans l'alcool, et qu'on précipite par l'addition de l'eau. Ce composé ne cristallise pas, et ne peut s'obtenir dans un état de pureté parfaite. L'acide nitrique oxyde la rottlerine, en formant d'abord une matière résineuse jaune,

et par son action plus prolongée, une certaine quantité d'acide oxalique.

L'acide sulfurique concentré la dissout à froid, en produisant une couleur jaune qui, au moyen d'une douce chaleur, passe d'abord au rouge, puis définitivement au noir foncé, en même temps qu'il se dégage de l'acide sulfureux. Chauffée sur du platine, elle fuse en un liquide jaunâtre qui se décompose, à une plus haute température, en vapeurs piquantes, et laisse un lourd résidu de charbon.

Les résultats de quatre analyses nous ont donné la composition de la rottlerine ainsi qu'il suit :

		CALCUL.		
Carbone. . . .	69,112	69,47	C^{22}	132
Hydrogène. . .	5,550	5,26	H^{10}	10
Oxygène. . . .	25,333	25,27	O^{6}	48
	99,995	100,00		190

Les tentatives faites dans le but de confirmer cette formule n'ont amené aucun résultat définitif, parce que la rottlerine ne forme point de composés avec les oxydes métalliques, et que celui qu'elle forme avec le brome n'a pas été suffisamment défini.

La solution alcoolique concentrée de kamala dépose par le refroidissement une matière floconneuse pâle, quelquefois en telle abondance que le liquide en est complétement rempli. Cette substance se dissout dans l'alcool bouillant, et très-peu dans l'alcool froid ; elle est à peine soluble dans l'éther et insoluble dans l'eau. Elle paraît n'avoir aucune texture cristalline. Elle ne donne point de précipité avec les sels de plomb et d'argent, et ne paraît former aucun composé avec les autres substances. En la séchant, elle se resserre beaucoup et ressemble à l'hydrate d'alumine coloré par l'oxyde de fer. La quantité qu'on en a obtenue a été trop petite pour permettre une investigation complète sur ses propriétés. Des expériences du professeur Anderson, la composition du kamala peut s'établir de la façon suivante :

Matières colorantes résineuses (y compris la rottlerine). . .	78,19
Matières albumineuses.	7,34
Cellulose, etc.	7,14
Eau.	3,49
Cendres.	3,84
Huile volatile, des traces.	
Matière colorante volatile, des traces.	
	100,00

Le kamala est employé dans l'Inde pour teindre la soie. Sa couleur s'obtient en le faisant bouillir dans une solution de carbonate de soude. Je possède un morceau de soie teinte par ce moyen, et qui est d'une riche couleur orange foncée. On dit que la racine de l'arbre s'emploie aussi dans la teinture. Dans la médecine, le kamala est considéré comme « d'une chaude nature, » et on le donne comme anthelminthique à de très-petites doses. Il jouit aussi de quelque réputation comme topique dans certaines maladies de la peau. Chez les Arabes d'Aden, on l'administre intérieurement dans la lèpre, et on l'emploie en solution pour faire disparaître les rousseurs et les boutons. Le docteur William Moore, de Dublin, médecin de l'hôpital des Enfants malades de cette ville, a fait quelques essais sur son action dans l'*herpes circinatus*, en frottant l'éruption avec la poudre déposée sur un gâteau de charpie humide. Il rapporte que deux ou trois applications, secondées par l'usage interne de doses alternatives de rhubarbe et de grey-powder, ont suffi pour guérir la maladie.

Malgré cela, c'est comme anthelminthique que le kamala paraît le plus mériter l'attention du médecin.

Si nous nous rapportons à ce qui a été publié, nous trouvons que les propriétés anthelminthiques du kamala ont été essayées par les docteurs Mackinnon, Anderson, Corbyn et Cardon.

Les essais de ce remède, en Angleterre, n'ont encore été que fort peu nombreux.

Le docteur Arthur Leared, qui a été un des premiers à le prescrire à Londres, a enregistré un cas suivi de succès, et depuis ce temps il m'a dit qu'il avait fait quatre autres tentatives non moins heureuses.

Le docteur Mackinnon, chirurgien directeur du Medical-Establishment, au Bengale, ayant été conduit à user de ce remède, rapporte ce qui suit :

« Mon attention, dit-il, y fut d'abord appelée par un canonnier de la brigade affecté d'un ténia que ni la térébenthine ni le kousso n'avaient réussi à expulser. Il disait qu'un de ses camarades atteint de ténia avait pris le kamala avec succès. J'en envoyai chercher immédiatement, et, sans préparation préalable du malade, je lui en administrai 12 grammes. C'était un homme robuste, chez lequel il ne se manifesta aucun effet; aussi, quatre heures après, je lui fis prendre une dose semblable. Elle le purgea avec abondance et facilité; et à la quatrième selle, un énorme ténia de 18 pieds fut rejeté. Le résultat était si satisfaisant que j'ai continué à faire usage

de ce remède toutes les fois que le cas s'en est présenté; et je l'ai employé aujourd'hui dans seize circonstances différentes, sans jamais éprouver d'insuccès. Autant que mon expérience me permet de l'affirmer, j'ai trouvé ce remède à la fois meilleur et plus certain que la térébenthine ou le kousso, et beaucoup moins désagréable à prendre que l'une et l'autre de ces deux substances.

« Dans tous les cas, à l'exception du premier, je n'ai jamais été au delà de 12 grammes. Cette quantité produit en général de cinq à six selles, et c'est vers la quatrième ou la cinquième que le ver est rendu mort.

« Dans deux des derniers cas où je l'ai administré à l'hôpital, mes deux malades se relevaient d'une fièvre qui les laissait encore très-faibles : aussi la dose de 12 grammes les a-t-elle purgés très-violemment de douze à quatorze fois. Dans trois cas suivants je réduisis la dose à 6 grammes, et comme elle ne produisait aucune action sur les intestins, j'administrai, six heures après, une demi-once d'huile de ricin. Il y eut quatre ou cinq selles, et dans chaque cas le ver fut rendu mort.

« Dans presque tous les cas, le cou long et mince du ver paraissait se mouvoir. Je donnai à un enfant du pays, âgé de cinq ans, une dose de 2 grammes, et le ténia fut complétement expulsé. Le remède purge ordinairement avec rapidité. Dans une moitié des cas, à peu près, j'ai observé quelques nausées et de légères coliques; dans l'autre moitié, aucun inconvénient ne s'est fait ressentir, et quelques malades déclaraient que c'était la purgation la plus facile qu'ils eussent jamais prise de leur vie. »

Le docteur Mackinnon résume ainsi ce que lui a appris l'expérience :

« 1° Le kamala est un remède sûr et efficace contre le ténia, et d'un usage plus certain que la térébenthine ou le kousso.

« 2° Un Européen vigoureux peut très-bien en prendre une dose de 12 grammes.

« 3° Chez une personne d'une faible constitution, ou chez une femme, la dose doit être de 6 grammes, avec une demi-once d'huile de ricin en sus, s'il est nécessaire. »

Depuis que le journal d'où nous venons d'extraire les lignes précédentes a été publié, le docteur Mackinnon a rapporté que dans d'autres essais du kamala faits sur une plus vaste échelle et où il l'a administré à près de cinquante malades, il n'y a eu que deux cas où le ver n'a pas été expulsé. Le docteur Anderson, chirurgien sous-aide au 43e régiment d'infanterie légère, rapporte que la pré-

sence du ténia est très-commune chez les Européens qui servent dans le Punjab, ainsi que dans la population musulmane de cette province.

« Les propriétés anthelminthiques du kamala, écrit le docteur Anderson, sont aussi marquées que celles des vermifuges le plus en réputation, sans en excepter le remède abyssinien appelé *kousso*. La seule objection qu'on puisse élever contre lui, c'est que l'emploi de la poudre détermine des nausées considérables, mais dont le nombre ne surpasse certainement pas celles que produisent la préparation de la racine de grenadier, ou d'autres ténifuges. Après avoir pris 3 drachmes de la poudre, le ver est ordinairement expulsé à la troisième ou quatrième selle. On le rend généralement entier, presque toujours mort, et dans tous les cas que j'ai examinés (quinze à peu près) il m'a été possible d'apercevoir la tête. Dans deux cas seulement, j'ignore si le ver avait été rendu vivant. L'avantage de la teinture sur la poudre consiste en ce que son action est plus certaine et plus douce, et en ce qu'elle occasionne rarement des nausées et des coliques. Dans deux ou trois cas, la dose ordinaire ne fut suivie que de deux ou trois selles, et à la seconde le ver fut expulsé. Chez un malade, une seule selle fut occasionnée par la médecine, et le ver fut rendu mort. »

Le docteur Anderson fait allusion à quatre-vingt-quinze cas de ténia où l'on prescrivit le kamala, et dans ce nombre il n'en connaît que deux où le ver ne fut pas expulsé. Parmi ces quatre-vingt-quinze cas, quatre-vingt-six s'observaient chez des soldats européens, huit chez des musulmans natifs, et un sur un Hindou de la plus basse classe. Tous ces individus étaient dans l'habitude de s'adonner aux excès et constamment à une nourriture animale; aussi dans cette classe le ténia est-il commun. Ceux qui, au contraire, sont soumis à un régime moins succulent, sont aussi moins sujets au ténia; et au dire du docteur Anderson, ce parasite est inconnu dans plusieurs régiments d'insulaires, chez les Hindous cipayes et chez les domestiques, qui tous font usage d'une alimentation entièrement végétale. Les expériences du docteur C.-A. Gordon sur l'efficacité du kamala concordent entièrement avec celles des docteurs Mackinnon et Anderson. Il observe « qu'avec le kamala, il n'y a point d'effet désagréable. Il n'est même pas nécessaire de se préparer à l'effet du médicament par une purgation. A part quelques nausées et coliques insignifiantes, on n'éprouve aucun effet désagréable, et le grand nombre des personnes auxquelles on l'a administré, n'ont éprouvé en aucune manière plus d'inconvénient que ne leur en occasionnerait une médecine ordinaire. »

Les observations du docteur Gordon relatives à la fréquence du ténia sont conformes à celles du docteur Anderson et font voir que l'usage immodéré d'une nourriture de qualité inférieure, parmi les troupes anglaises des provinces du nord-est, doit être regardé comme la cause de la prépondérance de cette maladie. Parmi les soldats stationnés à Peshawur, le ténia est si commun, que l'on croit qu'un homme sur trois en est atteint pendant les deux années que le régiment y stationne d'ordinaire.

La dose de kamala peut être fixée de 2 à 12 grammes, suspendus dans l'eau. Une seule dose est ordinairement suffisante, et en général il n'est pas nécessaire d'employer d'autre médecine avant ou après.

Dans quelques cas, cependant, où l'on n'a administré qu'une petite dose de kamala, et ensuite de l'huile de ricin, on a produit un bon effet.

Le docteur Gordon a prescrit le kamala à la dose de 4 grammes, répétée à intervalles de trois heures.

Le kamala peut se donner aussi sous forme de teinture, et voici la formule que recommande le docteur Anderson :

R. Kamala..................	180
Alcool rectifié..............	380

Faites macérer pendant deux jours et passez.

On peut préparer une teinture éthérée, identique comme efficacité ; mais on dit qu'elle n'offre aucun avantage particulier sur la teinture alcoolique.

La dose de teinture de kamala est de 4 à 16 grammes, diluée dans un peu d'eau aromatique.

Du mélange de la poudre de Vienne avec le chlorhydrate de morphine comme moyen de rendre la cautérisation indolore.

La cautérisation par les caustiques est une opération fréquemment employée en chirurgie ; mais comme elle est très-douloureuse, les malades y répugnent souvent. M. le docteur Piédagnel vient de communiquer à l'Académie des sciences un moyen de pratiquer désormais les cautérisations, sans provoquer beaucoup de douleur.

Lorsque, dit ce médecin, l'on mélange de la poudre de Vienne et du chlorhydrate de morphine, au moyen d'un liquide , on obtient une pâte qui, appliquée sur la peau, produit une escarre sans déterminer de douleur.

Le mélange de 3 parties de poudre de Vienne (chaux vive et potasse caustique) avec 1 partie de chlorhydrate de morphine doit

être fait intimement à sec; puis on ajoute du chloroforme, de l'alcool ou de l'eau pour obtenir une pâte épaisse, que l'on applique au moyen du sparadrap de dyachilon; après cinq minutes de cette application, le tégument que recouvre le cautère devient d'un blanc mat; cinq minutes plus tard, il se forme à son pourtour un petit bourrelet blanchâtre, œdémateux, et, au bout de quinze minutes, la peau est brune, charbonnée; puis l'épaisseur de l'escarre augmente avec la durée de l'application, et devient à peu près égale en épaisseur à celle de la pâte employée. Quant au diamètre, il est toujours plus grand que celui du caustique, mais cela dépend du mode d'application.

En ajoutant un peu de gomme à la pâte, on peut confectionner de petits disques, de 1 centimètre de diamètre sur 4 ou 5 millimètres d'épaisseur; par la dessiccation ils deviennent très-durs, mais ils agissent plus lentement, et il faut les humecter avec de l'eau avant de les appliquer.

Le chlorhydrate de morphine, ajoute M. Piédagnel, peut être mélangé dans la même proportion (un quart) avec la poudre de cantharides; alors on obtient des vésicatoires sans douleur. 1 gramme de chlorhydrate de morphine ainsi mélangé, après une application de dix heures, n'a déterminé qu'une légère et passagère somnolence; mais il est inutile d'employer de si fortes doses : il suffit de 30 à 40 centigrammes pour un vésicatoire. Le sel de morphine borne son action à la partie sur laquelle le caustique est appliqué; il n'y a pas d'absorption, d'intoxication; c'est donc un *anésthésique local* indépendant du chloroforme, puisqu'on peut obtenir le même résultat en se servant de l'eau ou de l'alcool.

Le médecin de l'Hôtel-Dieu ayant fait usage de ce mélange seulement pour établir des exutoires, nous attendrons que des expérimentations sur des surfaces plus étendues aient eu lieu, avant de nous prononcer sur la valeur du moyen qu'il préconise. Quant au conseil que donne M. Piédagnel de mélanger le sel de morphine à la poudre de cantharides, pour rendre les vésicatoires indolores, nous rappellerons qu'il y a plus de dix années nous avons signalé l'emploi du camphre, comme moyen d'atteindre le même but. Une couche de camphre en poudre, placée à la surface d'un vésicatoire, prévient toute douleur, avons-nous dit, quelle que soit l'étendue de l'emplâtre. La quantité de l'agent anésthésique local doit être proportionnée aux dimensions de l'exutoire; 5 ou 6 grammes sont nécessaires lorsqu'on formule un de ces larges vésicatoires destinés à combattre une affection thoracique. Mais si la sensibilité du tégument est détruite,

son absorption ne l'est pas et une cystite cantharidienne peut se développer. *Experto crede Roberto*. En présence de ce fait, nous doutons de l'assertion émise par M. Piédagnel, que le chlorhydrate de morphine, mélangé à la poudre de cantharides, puisse amener des accidents d'intoxication : la somnolence éprouvée par un de ses malades, à la suite de l'application d'un vésicatoire saupoudré de morphine, légitime notre réserve.

Dans le cas où l'addition de l'agent narcotique ne rendrait pas l'application du caustique complétement indolore, on pourrait essayer des bons effets de frictions rapides pratiquées autour du siége d'action de la poudre de Vienne, avec l'extrémité des doigts. Notre collaborateur, M. Deschamps, nous a assuré avoir toujours, par cette pratique, prévenu toute sensation douloureuse lors de l'application de simples cautères, même chez de jeunes enfants.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Grenouillette guérie par la rupture répétée du kyste.

Il est peu d'affections ressortissant à la pathologie externe dont le traitement soit moins nettement formulé que celui de la grenouillette. Cette incertitude de l'art est regrettable, car ne sachant à quels moyens avoir recours, les praticiens laissent un libre cours à l'évolution de la maladie. Les recherches anatomo-pathologiques modernes semblent avoir démontré que la masse des grenouillettes sont constituées par de simples kystes muqueux ; aussi, à l'excision et l'extirpation, méthodes adoptées par nos maîtres, est-on venu ajouter les injections iodées. Si l'on abordait le traitement dès le début de l'affection, ne serait-il pas possible d'en triompher par des moyens encore plus simples ? J'ai été conduit à me poser cette question, à la suite d'une expérience qui m'est personnelle.

Il y a quinze années environ, je vis une grenouillette apparaître sur mon plancher buccal ; avant de recourir à l'emploi du séton, le plus facile et le plus inoffensif des procédés curatifs des kystes muqueux, l'idée me vint de tenter l'essai d'un moyen plus expéditif, la rupture de la tumeur. Son petit volume, qui ne dépassait pas celui d'une noisette, le peu d'épaisseur de ses parois rendirent la manœuvre facile ; il me suffit, en effet, de presser le kyste entre les doigts pour le vider du liquide qu'il contenait. Je ne me trouvai pas débarrassé de mon incommodité pour longtemps ; à peine un

mois s'était-il écoulé que la tumeur avait reparu, sans que ses dimensions fussent accrues. J'eus recours au même moyen une seconde, puis une troisième fois, en froissant entre les doigts les parois de la tumeur, afin d'y déterminer un peu d'inflammation, et, à dater de ce moment, le kyste ne reparut plus, et je me trouvai guéri de ma grenouillette.

N'ayant pas eu, depuis cette époque, l'occasion de renouveler ma tentative sur un autre malade, je me garde de rien conclure encore ; toutefois, je désire que mon expérimentation ne soit pas perdue pour la pratique, et je viens provoquer de nouveaux essais.

Ch. Harveng, D. M. P.,
à Manheim (grand-duché de Bade).

Fracture et luxation de l'astragale ; extraction de cet os en totalité et résection de l'extrémité articulaire inférieure du péroné et du tibia dont la malléole avait été réduite en fragments ; guérison avec conservation des fonctions du membre.

(Note communiquée à l'Académie des sciences.)

Le nommé Fallot, maréchal des logis chef au 11e régiment d'artillerie, d'une constitution robuste, âgé de vingt-sept ans, était, le 5 juillet 1857, de service à l'Hippodrome lorsque, après les courses et au moment du défilé des voitures, son cheval se cabra et se renversa sur lui. Le pied gauche, engagé dans l'étrier, était dirigé en dehors et dans l'extension, le genou était tourné en dedans, et la jambe se trouva prise entre le sol et le poids du cheval, qui fit un violent effort pour se relever et retomba une deuxième fois.

J'étais vis-à-vis du cavalier et aucun de ces détails ne m'échappa. Je fis dégager le malade pour m'assurer de la nature de son accident. Il ne pouvait plus s'appuyer sur la jambe gauche, et on essaya en vain de lui retirer sa botte. J'en fendis du haut en bas la tige, et je constatai une luxation de l'articulation tibio-tarsienne, reconnaissable à la présence d'une saillie osseuse enclavée en avant et en dedans de la malléole externe, avec impossibilité des mouvements de flexion et d'extension du pied sur la jambe. Plusieurs tentatives de réduction pratiquées sur-le-champ restèrent sans résultat, et nous fîmes transporter le malade à l'hôpital militaire. L'examen attentif de la lésion permit de s'assurer alors que le pied, placé en légère extension, était dans une immobilité forcée. La malléole externe paraissait intacte. Au devant d'elle se trouvait une saillie osseuse de la grosseur d'un œuf de pigeon, qu'aucun effort ne faisait mouvoir. La malléole interne était brisée en fragments, qui déterminaient

à la pression une crépitation multiple. Je diagnostiquai une fracture de l'astragale, avec luxation en avant et en haut de la moitié postérieure de cet os, et écrasement de la malléole interne. Le malade fut chloroformé et la réduction de nouveau tentée. La contre-extension opérée sur le genou était confiée à plusieurs aides ; l'extension était pratiquée sur le pied, et la portion luxée de l'astragale fut directement repoussée en dedans et en arrière. Malgré la résolution musculaire complète où se trouvait le malade, et nonobstant des efforts considérables et réitérés, nous n'obtînmes aucun changement dans les rapports osseux, et nous décidâmes qu'une consultation aurait lieu le lendemain à l'issue du service ; on couvrit le pied de compresses trempées d'eau froide.

MM. les médecins principaux Haspel et Leuret, MM. les majors Courbassier, Teinturier, Bolu, Nettier, MM. les aides-majors Thomas, Leroux, Lex, Baradon, Glaezel, Lecomte, etc., se joignirent à nous le 6 juillet, à dix heures. Le cou-de-pied était déjà le siége de phlyctènes, et la tuméfaction et une rougeur luisante montraient l'imminence de la gangrène. On déclara unanimement l'expectation impossible, et le salut du malade parut impérieusement exiger, soit l'amputation de la jambe, soit l'extraction de la partie luxée de l'astragale et des autres fragments osseux. L'amputation promettait une guérison plus rapide et plus assurée ; mais il était cruel de soumettre le blessé à une si pénible mutilation, et les succès bien connus de l'extraction de l'astragale nous firent adopter cette dernière opération.

Le malade conduit à l'amphithéâtre et anésthésié, une incision transversalement pratiquée d'une malléole à l'autre ouvrit largement l'articulation. On vit alors la presque totalité de la poulie articulaire de l'astragale luxée en avant de la malléole externe, et retenue en arrière et en dehors par cette dernière, en avant et en dedans par la moitié antérieure ou scaphoïdienne de l'astragale comprenant le quart antérieur interne environ de la surface articulaire et en haut par le bord antérieur du tibia. On enleva le fragment astragalien luxé, en le faisant basculer de dedans en dehors avec le manche d'un scalpel, et, après avoir retiré quelques fragments osseux appartenant à la moitié postérieure de la malléole tibiale et un fragment volumineux représentant la moitié antérieure de cette malléole et une portion continue de la surface articulaire antérieure du tibia, je dus me demander s'il était prudent de me borner à ces extractions. On apercevait en avant et en dedans de la plaie, et dans l'intérieur de la jointure, une portion de l'astragale (moitié sc

dienne) qui avait 2 centimètres de surface libre transversalement et 2 centimètres d'arrière en avant. Cette portion de l'os était angulaire et séparée de la partie luxée par une fracture oblique d'arrière en avant, de dedans en dehors et de haut en bas. Il était évident qu'en laissant sur le calcanéum cette portion de l'os, on donnerait au tibia une base trop étroite pour assurer la consolidation et rétablir l'usage du membre; aussi nous décidâmes-nous à l'enlever avec la scie à chaîne. Les conditions du succès étaient-elles ainsi suffisamment assurées ? Nous ne le pensâmes pas. La rupture de la malléole tibiale et l'intégrité de la malléole péronière, dont la hauteur est de près de 4 centimètres, devaient empêcher la rectitude ultérieure du pied en le renversant en dedans, et la sustentation, la marche et la forme régulière du membre auraient été nécessairement compromises.

Ces raisons nous firent pratiquer la résection des surfaces articulaires péronéo-tibiales par un trait de scie horizontal, après avoir légèrement incisé du haut en bas les angles de la plaie pour obtenir un petit lambeau antéro-supérieur. L'emboîtement du tibia sur le calcanéum, devenu plus facile, était encore un peu gêné par la présence de la portion scaphoïdienne de l'astragale. Aussi, malgré l'importance des faits signalés par Rognetta, et dans lesquels la conservation de la tête astragalienne n'avait pas empêché la guérison, nous reportâmes le bistouri dans la plaie, et nous enlevâmes le reste de l'astragale sans beaucoup de difficultés, en coupant le ligament interosseux astragalo-calcanien, et le ligament capsulaire astragalo-scaphoïdien.

Cette fois, notre but était atteint. Les extrémités du tibia et du péroné se logeaient librement et perpendiculairement dans la large excavation formée par le calcanéum et le scaphoïde, et nous n'avions plus à redouter de déviations forcées du pied sur la jambe. La plaie fut fermée en avant par trois points de suture, et maintenue béante de chaque côté pour l'écoulement du sang, de la sérosité et du pus. Le membre fut placé, pendant les premiers jours, dans une boîte Baudens et légèrement tourné en dehors. L'imminence de la gangrène et des suppurations diffuses inspira de grandes inquiétudes pendant près de deux semaines. La jambe présenta plusieurs fois une coloration érysipélateuse d'un rouge foncé et une sorte de tuméfaction pâteuse; mais la cautérisation ponctuée, répétée jusqu'à deux fois en vingt-quatre heures, fut d'un effet héroïque, et nous n'hésitons pas à reporter à ce moyen, dont nous avons montré la remarquable efficacité dans notre mémoire sur la cautérisation, le salut du malade.

Une terrible complication vint, sur ces entrefaites, accroître le danger. Le blessé, malgré mes recommandations d'éviter tout refroidissement, fut pris d'un commencement de tétanos, caractérisé par la roideur du tronc et du cou, le resserrement des mâchoires et de véritables accès de trismus. Cet état dura quatre jours et fut combattu par l'opium et l'ammoniaque à l'intérieur et une température élevée et permanente extérieurement. Les accidents dissipés, la plaie marcha franchement vers la cicatrisation, qui était complète le 8 septembre. Un bandage inamovible fut appliqué le 23 du même mois par M. le docteur Leuret, et le blessé commença à marcher avec des béquilles.

Nous profitâmes d'une remarque curieuse et d'une explication facile pour faire fabriquer une chaussure d'un usage commode et approprié. Le malade souffrait s'il appuyait le talon ou les orteils contre le sol, mais il n'éprouvait aucune douleur, et jouissait d'une grande force d'impulsion et de sustentation s'il arc-boutait la concavité plantaire contre un corps saillant et plus ou moins arrondi. Nous attribuâmes ces différences à la nouvelle disposition du pied, dont la voûte osseuse n'existait plus et avait été remplacée dans sa partie centrale par l'ankylose du tibia et du péroné avec le calcanéum. Toute pression plantaire horizontale tendait à comprimer et à abaisser le milieu du pied et affectait douloureusement, par une distension exagérée, les nouveaux rapports osseux et les articulations voisines, tandis que le poids du corps, transmis dans l'axe de la jambe et tombant sur la voûte plantaire, soutenue elle-même par une surface saillante, n'altérait plus les formes du pied et en conservait les courbures. Nous fîmes, en conséquence, fabriquer un soulier dont la face supérieure, étroite, convexe et ovalaire, répondait à la concavité plantaire, et était convenablement matelassée. Le malade s'en servait avec aisance, et il ne cessa de marcher depuis ce moment en s'aidant d'une simple canne. A la fin de décembre, le membre mesuré était raccourci de 4 à 5 centimètres, mais la sustentation et la marche étaient parfaitement rétablies au moyen de la chaussure, dont la hauteur répondait à celle du raccourcissement.

Mécanisme de la luxation.—L'étude des causes et du mécanisme des lésions présentées par notre malade éclaire et confirme les notions acquises sur ce sujet. Le pied fixé sur le sol et porté dans l'extension et l'abduction subit la totalité de l'effort de la jambe qui était poussée de haut en bas, d'arrière en avant et de dedans en dehors. L'extrémité inférieure du tibia étant violemment pressée contre la partie postérieure de l'astragale, il devait en résulter une fracture

tibiale ou une luxation astragalienne. La résistance du tibia l'emportant chez un sujet adulte et vigoureux sur celle de l'astragale, ce dernier os se brisa par une sorte d'écrasement dans les points les plus faibles et les plus exposés, c'est-à dire en arrière du ligament interosseux calcanéo-astragalien et le long du col scaphoïdien, laissant en dedans une portion de la poulie astragalienne que le tibia épargna, et sur laquelle il rompit en éclats sa malléole, parce que l'effort était particulièrement dirigé en avant et en dehors.

Procédés opératoires. — Notre conduite devrait-elle servir de règle dans des conditions semblables, ou ferait-on mieux de se borner à l'ablation de la moitié postérieure de l'astragale? L'examen et la comparaison des extrémités osseuses semble démontrer l'avantage de l'extraction de la presque totalité de l'astragale, pour permettre aux os de la jambe de prendre un point d'appui suffisant sur le calcanéum. Dans quelques cas sans doute, le tibia, refoulé en arrière par le col astragalien, laissé en place, a pu s'ankyloser sans que les fonctions du membre fussent notablement compromises; mais si le col de l'astragale supporte encore une portion de la poulie articulaire, l'espace devient trop étroit pour permettre au pied de reprendre sa solidité. La question, au reste, sera probablement élucidée par des faits ultérieurs, et nous conseillons de laisser en place la tête scaphoïdienne de l'astragale, afin d'éviter les difficultés réelles de l'extraction de cette partie de l'os et d'augmenter la résistance et la solidité des articulations tarsiennes. Le ligament interosseux calcanéo-astragalien se trouve ainsi conservé. Quant à la résection des extrémités articulaires des os de la jambe, nous la regardions comme une ressource exceptionnelle dans le cas de l'intégrité de la malléole externe, et la rupture complète de la malléole interne et de l'extrémité tibiale amènerait une telle irrégularité dans le niveau des surfaces de rapport, que la possibilité de la juxtaposition des os n'existerait plus. S'il y avait seulement rupture de la malléole interne, on devrait préférer la simple résection de l'extrémité malléolaire du péroné. Le membre y gagnerait de 12 à 15 millimètres de longueur, et cet avantage est assez grand pour que l'on tente d'en faire profiter le malade, nonobstant l'obstacle qu'apporterait la présence des cartilages articulaires à la formation de l'ankylose. Dans le cas que nous avions sous les yeux, la surface articulaire du tibia était elle-même brisée partiellement, et nous jugeâmes plus utile d'étendre la résection et de la rendre complète.

Conclusions. — Cette observation offre un bel exemple des ressources et de la puissance de la chirurgie conservatrice. Le tibia et

l'astragale avaient été brisés; ce dernier os était en outre luxé et irréductible; la gangrène paraissait imminente, et l'amputation pouvait être considérée comme le seul moyen de salut. Cependant la résection des extrémités tibiale et péronière et l'extraction de la totalité de l'astragale amenèrent la cessation des accidents et, plus tard, une complète guérison. L'utilité de pratiquer les opérations avant les premiers frissons de la gangrène, qui semblent dans la plupart des cas accuser un commencement d'empoisonnement excessivement dangereux, fut pleinement confirmée. La cautérisation ponctuée contre l'imminence gangréneuse et la propagation des inflammations diffuses, l'efficacité d'une température élevée et permanente dans le traitement du tétanos, furent également remarquables. Nous noterons aussi l'évidence du mécanisme des lésions rencontrées sur notre malade et la nécessité de tenir compte des indications fournies par le nouvel état du pied après la formation de l'ankylose curative.

L'avantage de mouler la chaussure sur la concavité plantaire dans la direction de l'axe du tibia s'explique clairement par la disposition des rapports osseux, et cette indication devra probablement être modifiée plus tard, au fur et à mesure que le pied s'abaissera et tendra à reposer sur le sol sur une plus large surface. Enfin nous regardons comme définitivement acquis le précepte de conserver la tête de l'astragale lorsqu'elle est intacte, et d'abattre la malléole externe dans tous les cas où la malléole interne, complétement brisée, a dû être enlevée; et nous appliquons seulement la résection des surfaces articulaires tibio-péronières aux fractures compliquées et inégales de l'extrémité inférieure et du tibia. Professeur Sédillot,

(de Strasbourg).

BULLETIN DES HOPITAUX.

Trois cas de rhumatisme articulaire aigu traités par l'iodure de potassium. — On a dit, et avec raison, que la multiplicité des agents qu'on oppose à une même affection ne témoigne pas de la richesse, mais plutôt de la pauvreté de la thérapeutique par rapport à cette affection. Cette remarque est certainement applicable au rhumatisme, car il est, à n'en pas douter, une des maladies contre lesquelles on a mis en usage le plus de remèdes. Pour ne parler ici que du rhumatisme articulaire aigu, par combien de moyens n'a-t-on pas cherché à le combattre? Saignées modérées ou coup sur coup, générales et locales, tartre stibié d'après la méthode raso-

rienne, vératrine, nitrate de potasse à haute dose, acétate et bicarbonate de la même base, sulfate de quinine, mercuriaux, colchiques, narcotiques, hydrothérapie, etc., on a emprunté des médicaments à toutes les classes, des armes à toutes les médications, et tous ces médicaments, toutes ces médications comptent des succès plus ou moins nombreux en leur faveur. Certes, il n'y a dans un tel état de choses rien qui puisse étonner ni décourager. Tant qu'on ne connaîtra pas exactement la nature des maladies et le mode suivant lequel s'accomplit l'action intime des médicaments sur nos humeurs, nos tissus, nos fonctions déviés de leur état physiologique ; tant que, — à défaut de cette double connaissance, si désirable, mais si difficile à acquérir, qui permettrait d'approprier le choix du remède à la nature du mal, — on ne sera pas en possession, par voie de découverte empirique, d'un agent spécifique pour chaque affection ; il sera dans les tendances de l'esprit humain, il sera du devoir de la médecine de chercher à trouver mieux qu'on ne possédait précédemment.

Voici un nouveau médicament à ajouter à la liste de ceux qu'on a mis en usage jusqu'ici contre le rhumatisme articulaire aigu, médicament qui, en France, n'avait guère été employé encore que contre le rhumatisme chronique, mais qui, paraît-il, a procuré des succès contre la première de ces deux formes de l'affection rhumatismale entre les mains d'un médecin distingué d'outre-Rhin, le docteur Weber, et d'un médecin de Dublin, le docteur C. Campbell (Voir notre numéro du 15 mars dernier, page 236). Il s'agit de l'iodure de potassium.

Nous ne dissimulerons pas que ce serait avec une sorte de regret que nous inscririons dans nos colonnes l'iodure de potassium, à côté des moyens déjà si nombreux qui ont été opposés à la maladie en question, s'il n'était pas dans les données, on pourrait dire même dans le devoir de ce journal, d'enregistrer ce qui est en voie d'expérimentation, ce qui attend encore sa consécration scientifique, aussi bien que ce qui est dès à présent acquis à la science. Quel que soit l'avenir réservé au moyen thérapeutique dont nous nous occupons, dans le traitement du rhumatisme articulaire aigu, nous croyons qu'il faut savoir gré à M. Oulmont de l'avoir soumis au contrôle de l'expérience et de l'observation cliniques, et nous le remercions de nous avoir mis à même de faire connaître les résultats qu'il en a obtenus jusqu'ici dans ses salles, à l'hôpital Lariboisière. Les observations suivantes ont été résumées d'après des notes communiquées par M. Tillot, interne du service.

OBS. I. Euphr. Alliot, lingère, âgée de vingt-six ans, d'une bonne constitution, d'un tempérament lymphatique, ayant eu un abcès ganglionnaire au cou dans son enfance, sans antécédents héréditaires appréciables en rapport avec la maladie dont elle est actuellement atteinte, bien réglée depuis l'âge de quatorze ans, a été prise, huit jours avant son entrée à l'hôpital, de douleurs rhumatismales dans les jointures. Ses règles ont paru le lendemain et se sont arrêtées au bout de trente-six heures, au lieu de durer quatre jours, comme à l'ordinaire. Elle avait eu cinq ans auparavant, étant à Blois, une première attaque de rhumatisme articulaire aigu qui, traitée par le nitre à haute dose, avait duré trois semaines ; depuis, elle n'a pas conservé de battements de cœur. Cette fois, les douleurs ont commencé par la symphyse pubienne, les lombes, la nuque ; elles ont envahi les mains l'avant-veille de l'entrée à l'hôpital, qui a eu lieu le 22 février dernier (salle Sainte-Marie, n° 15).

Le 23, à la visite, la malade présentait les symptômes suivants : face fortement colorée ; légère anxiété ; peau chaude ; pouls plein et résistant, à 116, 120 ; bruit de souffle au premier temps, rude, râpeux, ayant son maximum d'intensité vers la base du cœur et se prolongeant le long du sternum ; frémissement cataire ; on ne peut distinguer le deuxième bruit ; augmentation d'étendue de la matité cardiaque. Murmure continu dans les vaisseaux du cou. Tuméfaction avec rougeur érythémateuse des deux genoux, de la face dorsale de la main droite ; douleurs aux mêmes points, paraissant modérées, mais aussi vives, dit la malade, que celles qu'elle a éprouvées lors de sa première attaque. Langue blanche, anorexie ; selles liquides. Pas de céphalalgie. — Limonade citrique ; julep avec iodure de potassium, 1 gr. 25 c.

Le 24. Genoux désenflés, douleurs dans le bras droit. Pouls tombé à 100. — Iodure de potassium, 2 grammes.

Le 27. Mieux. Encore quelques douleurs dans le bras gauche. — *Traitement ut suprà.*

Le 2 mars. Bien mieux ; douleurs disparues. Le souffle cardiaque a perdu de sa rudesse. — Iodure de potassium.

Le 4. Nulle douleur. Peau sans chaleur ; pouls à 72. — Iodure.

Le 5. Il ne reste plus de souffle au cœur ; pas de fièvre ; appétit. Euphr. Alliot reste levée une partie de la journée.

Le 19 mars. La guérison s'est maintenue.

OBS. II. Vict. Doucet, lingère, âgée de trente-huit ans, d'un tempérament lymphatique, se disant d'une bonne santé habituelle, mais assez mal réglée, sans antécédents héréditaires, a eu une première attaque de rhumatisme généralisé à l'âge de dix-sept ans, et a été sujette depuis à des douleurs fugaces, de temps à autre. Il y a trois ans, elle a été atteinte, pour la deuxième fois, de rhumatisme articulaire aigu et a été traitée par une saignée, le sulfate de quinine et un vésicatoire. Elle n'est pas sujette aux palpitations de cœur. Reprise le 8 février, sans frisson initial et d'abord sans fièvre, de douleurs dans les malléoles, les genoux et les bras, elle a été admise le 15 dans le service de M. Oulmont (salle Sainte-Marie, n° 9).

Le 16 février. Face colorée, naturelle d'ailleurs. Langue blanche, anorexie. Peau chaude ; pouls un peu résistant, à 104. Douleurs lancinantes avec gonflement et rougeur dans les deux genoux et les deux mains. Bruit de souffle un peu rude au premier temps à la pointe du cœur. Pas de murmure dans les vaisseaux. — Julep, avec iodure de potassium, 1 gr. 25 c.

Le 17. Pouls à 100 ; douleurs moins fortes. — Iodure de potassium.

Le 20. Douleurs, rougeur, gonflement disparus. — Continuer l'iodure.

Le 23. Un peu de rougeur, de tuméfaction et de douleur ont reparu au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes de la main droite. — Iodure de potassium, 1 gr. 25.

Le 25. Pas de fièvre; pas de gonflement ni de douleur. — Iodure de potassium.

Le 2 mars. Bon état. — Iodure de potassium.

Le 9. Il a reparu, le 6, un peu de gonflement, de rougeur et de douleur dans les articulations métacarpo-phalangiennes de l'index et du médius droits, et hier dans le poignet gauche; mais ces phénomènes sont peu intenses et vont en diminuant aujourd'hui. Pas de fièvre. — Iodure de potassium.

Le 19. Le traitement par l'iodure de potassium a été continué jusqu'à ce jour; de plus, deux bains de vapeur ont été administrés. Il reste du gonflement au même degré à peu près, un peu de douleur, mais pas de rougeur dans les mêmes articulations métacarpo-phalangiennes droites; de la sensibilité dans le poignet gauche. Depuis hier, il s'est manifesté quelque douleur dans le cou-de-pied du même côté. — On continue les mêmes moyens.

Obs. III. La nommée Létimé, confectionneuse, âgée de vingt et un ans, ayant la peau blanche et fine, les cheveux châtains, une constitution moyenne, a déjà, il y a deux ans, été atteinte d'un rhumatisme articulaire aigu, qui a duré trois mois; depuis cette époque, elle a toujours été bien portante, n'a eu ni palpitations ni œdème. Le 2 mars, ayant reçu la pluie pendant qu'elle était en sueur, elle a été prise subitement de douleur dans le bras droit, l'épaule droite, puis dans les deux jambes; elle s'est couchée le lendemain et n'a fait aucun traitement; elle a pu venir à pied à l'hôpital, où elle est entrée le 8, salle Sainte-Claire, n° 20.

Le 8 mars, à la visite du soir, face colorée, langue blanche, soif vive. Peau chaude, pouls à 120, petit; douleurs très-vives; gonflement considérable avec rougeur du coude gauche; tuméfaction légère du genou gauche. Battements du cœur fortement frappés, frémissement cataire; double bruit de souffle très-rude, prononcé surtout à la pointe, le premier plus intense que le second. Bourdonnement continu dans la carotide gauche. Pas de céphalalgie.

Le 9. En plus qu'hier, douleur et gonflement au poignet droit. Pouls à 120.— Limonade; julep avec iodure de potassium, 1 gr. 25 c.; frictions avec huile de jusquiame et enveloppement avec de la ouate.

Le 10. La tuméfaction s'est étendue à la main droite, qui est le siége d'une rougeur érythémateuse; 120 pulsations. — Iodure de potassium, 1 gr. 50 c. Le reste *ut suprà*.

Le 11. Légère amélioration. Pouls à 100. Coude gauche moins douloureux, quoique très-rouge et très-tuméfié. Plus rien au genou. Le deuxième bruit du cœur commence à se distinguer. — Même traitement.

Le 12. Sommeil. Douleurs moindres. 96 pulsations. Coude un peu moins tuméfié. — Iodure de potassium, 2 grammes.

Le 13. Mieux. Tuméfaction et douleur diminuées. Peau chaude; pouls à 100. Au cœur, bruit de souffle moins rude. — Iodure, 2 grammes.

Le 15. Main droite toujours tuméfiée, mais peu douloureuse. Coude gauche désenflé, mais toujours un peu douloureux. Pouls à 84. Le bruit de souffle persiste au premier temps.—Iodure, 2 grammes; extrait de quinquina, 4 grammes. Bouillons, potages.

Le 18. Le gonflement et la douleur dans le coude gauche et le poignet droit

existant toujours au même degré, l'iodure de potassium est supprimé et le sulfate de quinine est prescrit, 1 gr. 25.

Le 19. A peu près le même état.

Dans le premier de ces cas, les effets obtenus, nous ne dirons pas sous l'influence, — c'est une forme de langage affirmative dont on use un peu trop facilement, croyons-nous, — mais pendant l'administration de l'iodure de potassium, témoignent ou semblent témoigner en faveur de ce médicament contre le rhumatisme articulaire aigu. Mais il n'en est pas de même dans les deux autres cas. En présence de cette différence des résultats, une conclusion valable pour ou contre ne saurait être possible, même en admettant les affirmations avancées et les faits publiés par nos confrères étrangers. Le plus sage est d'attendre et de laisser, à l'exemple de M. Oulmont, la question à l'étude.

Il n'est pas impossible que l'iodure potassique, — comme beaucoup d'autres médicaments, — inefficace dans certains cas de rhumatisme articulaire aigu, puisse être doué dans d'autres d'une véritable efficacité. Ne voit-on pas tous les jours une médication échouer dans des circonstances morbides en apparence identiques où elle avait réussi ailleurs? Ne sait-on pas que la même maladie n'est pas toujours et chez tous justiciable des même moyens? A quoi cela peut-il tenir? C'est ce que nous ne savons pas assez; et c'est un problème de pathologie et de thérapeutique générales qu'il faudrait s'attacher à étudier avec la plus grande attention, et dont on parviendrait peut-être à dégager l'inconnue, si l'on enregistrait tous les cas, favorables ou non, en tenant soigneusement compte, autant que faire se peut, des conditions de sexe, d'âge, de tempérament, de constitution, de diathèses, de milieu, de climat, etc., propres à chaque sujet.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Ammoniaque (*De l'emploi topique du chlorhydrate d'*) *dans les affections broncho-pulmonaires*. Les planteurs des Etats-Unis font un grand usage chez les nègres et les autres employés de leurs habitations qui sont atteints d'affections broncho-pulmonaires chroniques, d'un mode de traitement appelé *traitement par succion* et qui est le suivant : on enveloppe la poitrine de compresses de toile grossière et poreuse, préalablement imbibées d'une solution de chlorhydrate d'ammoniaque. Ces compresses, après avoir été tordues de manière à ne conserver que de l'humidité, sont appliquées, puis recouvertes d'un bandage de corps plus ou moins imperméable à l'air. « La chaleur du corps, dit M. Cartwright, engendre une vapeur qui, retenue par l'enveloppe extérieure, détermine un *vide partiel et très-imparfait*, mais suffisant pour amener un certain degré de *succion* sur toute la surface cutanée recouverte par le bandage et les compresses. »

L'auteur, au lieu d'aller chercher dans une théorie physique inintelligible le mode d'action du sel ammoniac, aurait pu conserver simplement les notions acquises de l'imbibition et de l'absorption du tégument comme moyens de se rendre compte des bons effets dont il a été témoin. Rien de mieux prouvé que l'utilité de ce médicament dans les bronchites chroniques et certains catarrhes aigus qui se distinguent par l'extrême abondance de la sécrétion bronchique, par des sueurs débilitantes et quelquefois en même temps par de la diarrhée séreuse, comme on l'a vu dans la dernière épidémie de grippe. Or, il est des malades chez qui l'indocilité ou un état particulier des voies digestives, ou quelque autre motif, rend très-difficile l'administration du sel ammoniac, à doses suffisantes, par la bouche, et sans doute alors le moyen recommandé par M. Cartwright rendrait des services. L'auteur n'indique pas la dose du médicament, renvoyant pour sa formule à une pharmacopée américaine que nous n'avons pas à notre disposition. Mais il nous paraît que 8 à 10 grammes dans 250 grammes d'eau et un peu d'alcool donneraient une solution convenable. (*The New-Orleans med. and Surg.*, janvier, et *Gaz. hebd.*, avril 1858.)

Café (*Nouvelles observations de hernies inguinales étranglées réduites par l'usage du*). Nous avons publié quelques observations tendant à démontrer l'efficacité du café à haute dose comme moyen de faciliter la réduction des hernies étranglées. (Voir les tomes LII, p. 518, et LIII, p. 34.) Voici trois observations nouvelles rapportées par différents recueils, et qui militent également en faveur de cette médication.

La première, rapportée par M. le docteur Mayer, a pour sujet un vieillard de soixante-deux ans, porteur d'une hernie inguinale du côté droit. Cette hernie étant venue à s'étrangler, il survint des accidents très-rapidement sérieux. Le taxis fut pratiqué vainement. Les préparatifs d'une opération devenue nécessaire étaient à peine terminés, quand, avant d'en venir à ce moyen extrême, notre confrère voulut essayer l'infusion de café récemment préconisée. Il prescrivit chaque quart d'heure une tasse d'infusion de 250 grammes de café pour douze tasses. Cinq tasses furent ainsi prises successivement, et à la cinquième, la hernie se réduisit spontanément. Les accidents d'étranglement avaient duré trois jours.

Le deuxième fait a été observé par M. Czernicki. Le 9 octobre, ce confrère fut appelé à donner ses soins à un homme de cinquante-cinq ans, ayant une hernie étranglée. Le patient accusait des douleurs insupportables dans l'abdomen ; une tumeur dure, rénitente, de la grosseur d'un œuf de poule, occupait l'aine droite ; les vomissements se répétaient avec une fréquence inquiétante, les matières fécales commençaient même à s'y montrer ; le pouls était fréquent et petit. Après plusieurs tentatives infructueuses de taxis, qui occasionnaient beaucoup de douleurs au malade, M. Czernicki recommanda l'usage du café très-concentré, une tasse tous les quarts d'heure. — Une heure après, les vomissements avaient un peu diminué, mais les douleurs étaient les mêmes. Cependant des borborygmes commençaient à apparaître, ce qui était de bon augure. Notre confrère ayant voulu encore examiner l'état de la tumeur, la vit disparaître presque instantanément sous sa main, dès les premières tentatives de réduction. L'intestin venait de rentrer avec ce bruit de gargouillement caractéristique. Aucun autre moyen n'ayant été mis en usage dans ce cas-ci, il n'y a pas lieu d'hésiter à attribuer cette guérison à l'usage du café, dont le malade avait pris quatre tasses dans l'espace d'une heure.

Nous trouvons enfin dans la Gazette des Hôpitaux l'observation suivante, qui ne nous paraît pas moins concluante que les deux précédentes :

La femme V... portait, depuis une douzaine d'années, une hernie inguinale du côté gauche, qui n'avait jusqu'alors donné lieu à aucun accident, quoique la malade n'usât point de bandage et qu'elle se livrât habituellement à des travaux assez pénibles. L'intestin faisait fréquemment saillie, mais la femme V... le faisait rentrer elle-même. Le 5 du mois de février dernier, cette femme conduisant une charrette à un marché distant d'une douzaine de kilomètres de son habitation, sent sa hernie sortir, mais elle n'essaye de la faire rentrer qu'à son arrivée, environ deux heures après sa sortie. Toute tentative fut inutile, et cette femme retourna chez elle, montée sur sa charrette, et n'arriva, après un long trajet très-pénible, que dix heu-

res après la production de l'accident. Rien n'avait été fait encore pour la calmer; elle fut mise aussitôt dans un bain; on lui administra plusieurs lavements, et on appliqua des cataplasmes sur la tumeur. De nouvelles tentatives de taxis furent sans résultat. Les accidents augmentèrent, le ventre devint douloureux, il survint des vomissements. M. le docteur Barascut fut alors appelé, à peu près vingt-quatre heures après le développement des premiers accidents: voici quel était à ce moment l'état des choses :

La tumeur avait le volume d'un œuf de dinde; elle était dure, rénitente, douloureuse; le ventre était tendu, sensible à la pression; la malade accusait par moments de très-vives coliques; elle a eu de fréquents vomissements d'odeur stercorale; les lavements administrés pendant la nuit n'avaient point amené de matières. Il y avait un état d'anxiété extrême; le pouls était petit; la malade était découragée. M. Barascut pensa d'abord à la belladone, mais il se trouvait éloigné d'une pharmacie, et il n'y avait pas un instant à perdre. Se rappelant alors les récentes communications relatives à l'action du café, il fit aussitôt préparer quatre tasses de café qui devaient être prises à un quart d'heure d'intervalle l'une de l'autre. Après l'ingestion de la première tasse, la malade vomit cinq lombrics, et à la troisième, on put sentir quelques gargouillements dans la tumeur. Le taxis fut alors tenté, mais les souffrances horribles qu'éprouvait la malade obligèrent à y renoncer. La quatrième tasse de café fut administrée, et on ordonna d'en préparer quatre autres; en même temps, la malade était mise dans un bain, mais à peine était-elle dans l'eau, que la hernie rentra pour ainsi dire d'elle-même, et sous l'influence d'un très-léger effort de réduction opéré par la malade elle-même. Depuis lors, les coliques ni les vomissements ne se sont plus produits, les selles se sont rétablies, et cette femme se trouve aujourd'hui dans le même état qu'avant son accident. (*Abeille, Union médicale*, et *Gaz. des Hôpitaux*, mars 1858.)

Manie *furieuse suspendue par des lavements d'éther*. Bien souvent c'est dans une inspiration instantanée, ou dans une analogie même assez éloignée, que le praticien trouve un moyen efficace pour combattre une affection qui se serait peut-être montrée rebelle aux médications usuelles. Voici un fait qui vient à l'appui de cette proposition.

M. le docteur Laffont, médecin à Sainte-Hélène (Gironde), fut appelé, il y a quelques années, à donner ses soins à la femme V. R..., âgée de trente ans, d'un tempérament nervoso-sanguin, accouchée depuis huit jours de son quatrième enfant, et qui avait été prise tout à coup d'un délire furieux. Elle avait voulu mettre son enfant, qu'elle allaitait, dans un four, voulant, disait-elle, le faire cuire. Sa famille l'en ayant empêchée, elle s'exaspéra, poussant des cris violents, vociférant et battant toutes les personnes qui l'approchaient. Lorsque M. Laffont arriva près d'elle, elle était dans un état si violent qu'il n'aurait pu s'en approcher si trois hommes ne l'eussent retenue. Son faciès était hagard, son regard irrité. Le pouls était agité, mais régulier, et ne battait que soixante-quinze fois par minute. Elle ne reconnaissait aucun de ceux qui l'entouraient et répétait sans cesse les mêmes paroles d'une voix stridente. L'accouchement, du reste, n'avait offert rien de particulier, et les lochies coulaient régulièrement.

Se voyant en présence d'une manie puerpérale, M. Laffont eut l'idée de prescrire un moyen anesthésique; mais comme il paraissait difficile de rien faire avaler à la malade, qui refusait toute nourriture, il eut recours, comme moyen d'administration, au lavement. On mit 4 grammes d'éther sulfurique dans 125 grammes d'eau fraîche. A peine le lavement administré, la malade s'endormit d'un sommeil assez paisible et qui dura environ deux heures. A son réveil, elle avait recouvré sa raison et ne se rappelait rien de ce qui avait précédé; elle avait l'air tout étonnée et éprouvait seulement un peu de fatigue.

Deux jours après, la malade reprenait ses occupations ordinaires, et, pendant quatre ans et demi, elle n'a cessé d'être aussi tendre mère que bonne épouse. Mais, le 6 juin 1855, M. Laffont fut appelé de nouveau à constater la même scène. Cette pauvre femme avait été reprise d'un accès de délire comme la première fois, et sans cause connue. Il prescrivit, comme pour le premier accès, un lavement avec l'éther; ce lavement produisit presque immédiatement du sommeil, et, au réveil de la malade, la raison était revenue; mais ce calme

ne fut pas de longue durée. Dans la nuit, la malade fut prise d'un nouvel accès tout aussi violent. Le lendemain, un nouveau lavement fut prescrit, mais en augmentant cette fois la dose de l'éther, qui fut portée à 6 grammes. Un sommeil profond et calme, qui dura plus de deux heures, suivit l'ingestion de ce nouveau remède, et un, calme prolongé suivit le réveil.

Depuis cette époque, la femme V. R. est accouchée d'un cinquième enfant, qu'elle a allaité comme tous les autres, et aucun trouble mental ne s'est montré de nouveau. (*Gaz. des Hôpit.*, mars 1858.)

Opération césarienne *pratiquée avec succès pour la mère et l'enfant.* Il y a toujours un vif intérêt à enregistrer des cas d'opérations césariennes faites avec succès ; l'observation suivante, outre ce genre d'intérêt commun, se recommande encore à l'attention de nos lecteurs par les circonstances mêmes qui ont nécessité cette opération.

La femme G..., âgée de quarante-trois ans, était mariée depuis plus d'un an lorsqu'elle vit, pour la première fois, ses règles se supprimer vers la fin de 1855. Au mois de mars suivant elle tomba malade; M. le docteur Rupin, appelé à lui donner des soins, diagnostiqua une péritonite et constata en même temps : 1° une tumeur volumineuse faisant corps avec la matrice et remontant au côté droit de l'abdomen jusqu'à l'hypocondre ; 2° une seconde tumeur située derrière le col de l'utérus et ne pouvant être circonscrite par le doigt. La malade dit qu'elle avait toujours eu le ventre un peu gros, mais qu'elle n'y avait jamais remarqué de tumeur. Elle attribuait à une grossesse le développement actuel de son ventre, ce qui fut révoqué en doute, tant à cause de l'âge de la malade que de la tumeur située près du col de l'utérus. La femme G... guérit et put reprendre ses travaux.

Dans la nuit du 28 au 29 septembre, M. le docteur Rupin fut appelé de nouveau, et, cette fois, reconnut que la femme G... était enceinte et prise de douleurs d'accouchement qui s'étaient déclarées la veille et qui se continuèrent les jours suivants avec une intensité variable, mais sans amener de dilatation sensible. Les tumeurs constatées précédemment existaient toujours.

Le 1er et le 2 novembre se passèrent dans l'expectative, les choses restant à peu près dans le même état, et la malade conservant d'ailleurs toutes ses forces.

Le 3, les eaux s'étant écoulées, M. Rupin pensa que le moment d'agir était arrivé. M. le docteur Duclos, de Vitré, fut appelé en consultation. Voici dans quel état était alors la femme G... Une énorme tumeur bosselée, faisant évidemment partie de l'utérus, occupait toute la moitié droite de l'abdomen; l'utérus proprement dit était rejeté à gauche. L'orifice utérin était situé derrière le pubis, refoulé par une autre tumeur volumineuse, occupant la presque totalité du diamètre du bassin. Le col était aminci à la partie antérieure; mais la lèvre postérieure, contiguë à la tumeur, n'avait éprouvé aucun changement. La dilatation était peu sensible, cependant elle permettait d'introduire le doigt dans la matrice et de bien reconnaître que la tumeur s'était développée dans ses parois.

Cette tumeur, qu'il était impossible de refouler ni de déplacer, parut un obstacle invincible au passage du fœtus et à l'emploi de manœuvres quelconques pour l'extraire par les voies naturelles. Après avoir constaté que l'enfant était plein de vie, il fut décidé qu'on pratiquerait l'opération césarienne. On l'ajourna au lendemain.

Le 4, tout fut trouvé dans le même état. La femme perdait ses forces ; les battements du cœur de l'enfant s'entendaient encore, mais faiblement. L'un des médecins assistants insista pour essayer une application de forceps, qui ne réussit point. L'opération césarienne fut alors pratiquée par M. le docteur Héron, suivant les règles ordinaires. Seulement on fut obligé, afin de ne pas tomber sur les tumeurs, de faire l'incision un peu à gauche de la ligne blanche. L'opération ne fut compliquée ni d'hémorrhagie ni d'aucun autre accident, et l'opérateur fut assez heureux pour extraire un enfant que quelques soins ranimèrent entièrement.

Quant à la mère, elle n'éprouva pas le plus léger accident ; à peine eut-elle de la fièvre. La cicatrisation était complète au bout de quinze jours et, six semaines après, la femme G... vaquait à ses affaires.

Après l'extraction de l'enfant, il fut facile de reconnaître par la vue et le toucher que les tumeurs faisaient partie de la matrice et qu'elles étaient bien réellement ce qu'on avait pensé

d'abord, des *corps fibreux* développés dans l'épaisseur des parois utérines. (*Revue médicale.*)

Ophthalmies spécifiques (*L'état actuel de la science ophthalmologique autorise-t-il l'admission d'*)? Que faut-il entendre par cette dénomination, et à combien d'espèces d'ophthalmies est-elle applicable? La spécificité de ces affections est-elle reconnaissable à des caractères anatomiques et physiologiques du globe oculaire? La guérison radicale peut-elle s'en obtenir par de simples applications topiques, ou requiert-elle toujours l'intervention d'un traitement général? Telle était l'une des questions posées au Congrès d'ophthalmologie de Bruxelles; voici les conclusions adoptées par la savante réunion :

1° Il est démontré par la statistique qu'un grand nombre de cas de maladies des yeux ont leur cause unique, ou du moins prédisposante, dans la condition du sujet. Les mêmes lésions anatomiques peuvent cependant, à peu d'exceptions près, se développer quand la diathèse, qui souvent en est la cause, n'existe pas.

2° Ceci posé, il faut dans chaque cas étudier le plus possible les causes générales; si l'examen clinique en démontre positivement l'existence, on pourra, on devra même accepter dans la dénomination de la maladie le principe étiologique. Cette manière d'agir exercera certainement une influence avantageuse sur les progrès de la nosologie et de la thérapeutique; mais il ne peut être permis de généraliser la nomenclature étiologique; on doit la réserver exclusivement pour les cas où une relation évidente se manifeste entre les diathèses et la forme anatomique de la maladie.

3° Il faut constamment tenir compte de la constitution et des causes qui peuvent en provenir; il est possible qu'en procédant de cette façon, on parvienne, par une observation plus exacte, à trouver des différences entre les lésions anatomiques de maladies réputées semblables, mais observées dans des conditions différentes de constitution. (*Compte rendu du Congrès de Bruxelles*, 1857.)

Pneumonie. *Son traitement par l'expectation.* S'il est un point que l'on ait pu considérer comme définitivement établi en thérapeutique, c'est assurément celui de l'utilité des émissions sanguines dans le traitement des phlegmasies. Que cette pratique ait été exagérée à certaines époques, c'est une opinion à peu près universellement admise aujourd'hui; mais qu'elle soit inutile, nuisible même, voilà une opinion nouvelle et que nous voyons s'étendre de l'Allemagne à l'Angleterre. On se rappelle qu'en 1849, un médecin de Vienne, M. Dietl, dans un travail important basé sur 300 cas de pneumonie traités par les saignées abondantes et répétées, par l'émétique à haute dose, et enfin par la diététique pure, faisait voir que, tandis que les deux premières méthodes de traitement donnaient une mortalité de 20 pour 100, la dernière, c'est-à-dire l'expectation, ne donnait qu'une moyenne de 7 seulement. Des résultats analogues ont été fournis par le professeur Skoda, de Vienne, afin de servir à expliquer les succès revendiqués par l'homœopathie. Un professeur de clinique médicale d'Edimbourg, M. Hughs Bennett, vient, à son tour, défendre la nouvelle méthode de traitement des phlegmasies, mais au nom des découvertes les plus récentes sur la nature de l'inflammation et sur les procédés naturels de la guérison. L'inflammation une fois établie, dit-il, ne saurait être jugulée, et la seule fin que l'on doive se proposer dans une pratique médicale sensée, est de conduire cette inflammation à une terminaison favorable. Les moyens indiqués par M. Bennett, pour favoriser la marche naturelle de la maladie, reposent sur les principes suivants : ne jamais essayer d'enrayer la phlegmasie, d'affaiblir le pouls et les forces vitales; mais, au contraire, de favoriser la transformation que doit subir la lymphe plastique épanchée dans l'organe enflammé, pour être complétement éliminée de l'organisme. A cette fin se contenter, pendant la période d'excitation fébrile, de prescrire des substances salines à petites doses pour diminuer la viscosité du sang. Dès que le pouls est devenu mou, donner du bouillon et des aliments; et, s'il y a faiblesse, de 125 à 250 grammes de vin par jour. Quand la période de crise approche, l'auteur administre généralement un diurétique, ordinairement l'éther nitrique, quelquefois associé au vin de colchique pour favoriser l'excrétion des urates. Mais si la crise se produit par sueurs ou par garde-robes, ne pas la contrarier. Sur les 65 malades traités de la sorte à l'infirmerie royale, pendant les huit dernières années, 3 seulement sont morts. Ce qui donne une

moyenne de 1 décès sur 22 malades, mortalité moindre que celle de M. Dietl. Les chiffres ne sont pas tout, car nous pourrions citer à notre tour les 39 derniers petits malades atteints de pneumonie traités à l'hôpital des Enfants, par M. Gillette, sans qu'un seul ait succombé. Nous pourrions y ajouter également le fait des 80 derniers cas de fièvre typhoïde terminés tous par la guérison, afin de prouver que la réforme proposée d'une manière radicale par ces médecins n'est pas nécessaire. Il peut y avoir lieu de voir, dit M. Vigla, si on ne doit pas aller, dans cette réforme, un peu plus loin qu'on ne l'a fait jusqu'à ce jour, mais on ne saurait renoncer à la saignée, sous peine de priver les malades au moins de soulagement, comme le reconnaît M. Dietl lui-même. Le mieux est de s'en tenir à cette médecine expectante, cette médecine vraiment française, qui a survécu à tous les systèmes et qui ne craint pas de recevoir les secours de la médecine agissante. (*Journal de pharmacie*, janvier 1858.)

Rhumatisme *du diaphragme ou diaphragmodynie.* Il est une sorte de rhumatisme musculaire d'une gravité toute particulière, à cause des fonctions spéciales du muscle qui en est le siége, et dont on ne trouve cependant nulle part de description complète; nous voulons parler du rhumatisme du diaphragme. M. le docteur Chenevier, témoin de deux cas qui lui ont paru devoir être rapportés à ce genre de rhumatisme, assigne à cette affection les caractères suivants :

Le début est marqué par la douleur; brusque la plupart du temps, elle arrive quelquefois graduellement jusqu'à son paroxysme, s'y maintient quelque temps pour diminuer ensuite sensiblement. Cette douleur a son siége aux attaches du diaphragme; elle n'augmente paspar la pression; elle donne lieu à une forte constriction, en forme de ceinture, à la base du thorax. Inspirations profondes, impossibles. Respiration courte, se faisant par les côtes supérieures seulement; rien à la percussion. A l'auscultation, un peu d'affaiblissement du murmure vésiculaire à la base, par suite du défaut de respiration diaphragmatique et costo-inférieure. Absence de toux. Pouls normal. Quelquefois du hoquet, mais alors il est très-pénible. Rien d'anormal du côté des autres organes.

L'accès peut durer d'une à huit heures et se termine sans laisser de traces. Le pronostic, par conséquent, n'en est point grave.

L'absence complète de symptômes pathognomoniques des inflammations, épanchements, obstructions des organes abdominaux et pectoraux, fait qu'on ne peut confondre la diaphragmodynie avec aucune de ces maladies. Ce n'est guère que dans la classe des névroses qu'on rencontre des affections qui pourraient simuler celle qui nous occupe. Elle en diffère cependant par des caractères assez tranchés. La pleurodynie occupe un point plus limité. La névralgie intercostale occupe un seul côté et, à la pression, on retrouve les trois points où le nerf envoie des rameaux superficiels aux téguments. Dans l'angine de poitrine, le point de départ est le sternum, et la douleur s'irradie d'un seul côté, jusqu'à l'épaule et même jusqu'au bras. L'asthme nerveux débute, lui aussi, brusquement par la dyspnée; mais il n'a pas la ceinture constrictive aux points d'attache du diaphragme, et la respiration costo-supérieure, les seules signes vraiment pathognomoniques de la diaphragmodynie; et puis, dans l'asthme, il y a de la toux, suivie de râles sibilants et ronflants. Quant à la dyspnée, suite de tympanite, la confusion ne saurait être possible.

Le traitement de la diaphragmodynie, comme celui de tout rhumatisme, est préservatif et curatif. Les préservatifs sont la flanelle, les bains de vapeur, le massage, l'hydrothérapie, une habitation convenable. Le traitement curatif consiste dans l'emploi des ventouses, sinapismes, liniments et potions calmantes, ou du chloroforme. Si l'accès durait un certain temps, on pourrait avoir recours aux vésicatoires et à la morphine par la méthode endermique. (*Gazette des Hôpitaux*, mars 1858.)

Utérus (*De la situation normale de l'*); *déductions pratiques qui en découlent.* Nos lecteurs se rappellent les débats passionnés qui ont eu lieu, au sein de l'Académie de médecine, il y a quelques années, à propos des flexions de l'utérus et des tentatives de redressement essayées par notre regrettable collaborateur, Valleix, à l'imitation de Kiwisch et de Simpson. Il manquait cependant à ces débats une base solide, car personne ne pouvait dire quelle était au juste la position de l'utérus et dans quelles limites elle était susceptible de varier normalement; et

la difficulté presque, aussi qu'un jeune anatomiste, M. Boullard, avait posé en principe l'existence chez les jeunes filles et chez les enfants, comme chez le fœtus, d'une antéflexion plus ou moins marquée de l'utérus. Ainsi se trouvait remis en question le caractère pathologique de l'antéflexion utérine, et l'on pouvait se demander si les autres flexions n'étaient pas également congénitales. Il y avait donc de nouvelles recherches à faire relativement à la situation normale de l'utérus, et ce sont les résultats de ces recherches, entreprises depuis plusieurs années par notre collaborateur M. Aran, que nous allons faire connaître.

Un premier résultat de ces recherches, c'est la démonstration péremptoire de ce fait contesté par beaucoup d'anatomistes, la suspension de l'organe utérin dans la cavité pelvienne par des ligaments particuliers, qui ont pour résultat en même temps d'assurer la situation du col de l'utérus dans une direction telle qu'elle fait un angle ouvert en avant avec le vagin. Ces ligaments sont disposés autour du col, qu'ils embrassent à la réunion de celui-ci avec le col, et sont constitués en avant par le vagin et la vessie, en arrière par les ligaments utéro-sacrés et le vagin, latéralement par les prolongements de ces mêmes ligaments et le vagin.

Bien que suspendu dans le bassin, l'utérus jouit d'une assez grande mobilité, car son axe de suspension est mobile dans certaines limites et, de plus, cet organe est susceptible de s'incliner en tout sens autour de cet axe de suspension. Seulement, contrairement à ce qu'on avait dit autrefois, et conformément à l'assertion de M. Boullard, l'utérus commence par être en antéflexion dans la première enfance et dans la jeunesse. Ce n'est que plus tard, par les progrès de l'âge, par le fait du développement de l'organe et des rapports sexuels que la flexion de l'organe se change en antécourbure, et l'antécourbure elle-même disparaît à son tour, surtout chez les femmes qui ont eu des enfants.

La grossesse et d'autres conditions pathologiques peuvent, de leur côté, modifier profondément les conditions statiques de l'utérus; les ligaments utéro-sacrés s'amincissent et s'atrophient; par suite, l'utérus n'est plus retenu en arrière par son col : il suit tous les mouvements du corps, se portant en arrière quand la femme s'incline dans cette direction, et réciproquement en avant, si l'inclinaison a lieu en avant; ces utérus, très-mobiles, ont une position en quelque sorte indifférente, et leur mobilité même empêche qu'ils ne deviennent l'occasion de souffrances pour les femmes; ils peuvent seulement induire en erreur si l'examen n'a pas été pratiqué dans les deux situations, couchée et debout.

M. Aran a également constaté la fréquence des obliquités latérales de l'utérus souvent avec torsion de l'organe, inclinaison ou abaissement de l'angle correspondant, inégalité de longueur des ligaments sus-pubiens ou utéro-sacrés.

Les conclusions naturelles de ces recherches sont : que le fait de la situation du col de l'utérus au contact du périnée sur lequel il repose, constitue un état pathologique, un véritable abaissement; — que la perte de mobilité de l'utérus sur son axe de suspension est aussi un fait pathologique; — que l'antéflexion chez une jeune fille et chez une jeune femme, surtout lorsqu'elle n'a pas eu d'enfants, ne saurait être considérée comme morbide, mais qu'il peut en être ainsi à une époque plus avancée de la vie et après la grossesse; — qu'on ne peut considérer non plus comme pathologiques, ni la mobilité extrême de l'organe utérin sur son axe de suspension, ni les obliquités latérales avec torsion ou flexion plus ou moins prononcées dans le même sens.

Que deviennent maintenant toutes ces longues dissertations sur les accidents attribués à l'antéflexion? Evidemment, dans le plus grand nombre de cas, on a rapporté à l'antéflexion des symptômes avec lesquels elle n'avait rien à démêler. On peut se demander, toutefois, si, lorsque l'antéflexion persiste au delà de l'époque où elle doit disparaître, si, par le fait de sa présence comme de celle des inclinaisons latérales, le canal intérieur de l'utérus est rétréci, il n'y a pas là quelque chose de pathologique, et l'on s'explique de cette manière les résultats heureux du traitement par la dilatation, produite par la présence du pessaire intra-utérin. En somme, le travail de M. Aran a le mérite de concilier toutes les opinions les plus contradictoires sur le terrain des faits, en les mettant seulement à leur véritable jour. (*Archives de médecine*, février et mars.)

Vomissements incoercibles (*Sur une forme grave de*) *pendant les derniers mois de la grossesse.* On a beaucoup cherché si les vomissements incoercibles de la grossesse

ne tenaient pas à des causes organiques, à des désordres anatomo-pathologiques, susceptibles d'être reconnus et partant capables de conduire à des indications thérapeutiques utiles. Ces recherches ont, en effet, conduit quelques praticiens à découvrir, soit un état pathologique du col de l'utérus (MM. Gazeaux et Clertan), qu'il a suffi de combattre par des moyens topiques appropriés pour faire cesser les vomissements, soit une déviation (M. Briau), dont le redressement a été suivi du même résultat. M. Clay, dirigé par le même esprit d'investigation, croit être parvenu à reconnaître que les vomissements incoercibles sont liés à un état morbide local, constitué par une sensibilité excessive du col et de l'orifice utérin enflammés, et tel que la pression du doigt sur ces parties détermine presque immédiatement le retour des vomissements. Pour les faire cesser ou les amoindrir, il suffit de donner à la malade une position dans laquelle le bassin est plus élevé que la tête, afin de soustraire le col à la pression qui en est la cause déterminante, et d'appliquer au besoin quelques sangsues sur le col. L'emploi de ce moyen a permis d'obtenir la suspension des accidents chez une dame arrivée au septième mois d'une sixième grossesse, et dont les cinq autres s'étaient terminées par une fausse couche. Chez cette dame, après l'emploi de toutes sortes de médicaments, l'accouchement prématuré était regardé comme inévitable. Chez une autre, un amendement notable a été obtenu, mais pas à un degré suffisant pour empêcher l'accouchement prématuré et la mort de la femme. Chez une troisième, enfin, l'emploi combiné des sangsues et de la position a produit une suspension complète des vomissements. Dans ces trois cas, la sensibilité du col était telle que la pression du doigt déterminait immédiatement le retour des vomissements et que ceux-ci, suspendus par la position conseillée, revenaient avec une nouvelle intensité dès que la malade s'asseyait ou se tenait debout.

Cette explication et les faits cités à l'appui sont certainement loin de pouvoir s'appliquer d'une manière générale à tous les cas de vomissements incoercibles qui peuvent survenir à une époque avancée de la grossesse. Ces vomissements ne tiennent certainement pas à une cause unique et toujours la même ; mais cette cause connue et, par suite, son éventualité étant admise, on devra toujours s'assurer de son existence et, dans ce cas, suivre les conseils qui viennent d'être donnés. (*Presse médicale belge*, mars 1858.)

VARIÉTÉS.

Nous avons des pertes bien regrettables à enregistrer ; tout d'abord celle de M. le professeur Chomel L'illustre maître a succombé à une cruelle maladie qui le retenait depuis plusieurs mois sur un lit de douleur. Un immense concours de médecins, de professeurs et d'académiciens se sont pressés à ses obsèques, afin de donner un dernier témoignage de reconnaissance et de regrets à l'un des plus beaux modèles des vertus de notre profession. — Un événement tout à fait inattendu est la mort de M. le baron Ph. Boyer. Le chirurgien de l'Hôtel-Dieu a été enlevé en quelques jours par un étranglement intestinal. Par l'amour de son art, comme par ses vertus privées, M. Ph. Boyer était un type du chirurgien honnête et consciencieux. — L'Ecole de Lyon a perdu M. Sénac qui fut son premier directeur universitaire; celle de Toulouse un des professeurs, M. Rolland. Enfin on nous annonce la mort de M. Bédor, médecin de l'hôpital de Troyes.

M. Gœury, chirurgien en chef de l'hôpital de Lunéville, qui compte trente-cinq années de services civils et militaires, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

Un médecin français établi depuis longtemps en Russie, et connu par des travaux estimés, M. le docteur Gros (de Moscou) vient d'être enlevé par une mort subite.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Coup d'œil sur la thérapeutique générale des maladies de l'utérus et de ses annexes (¹).

Par le docteur F.-A. ARAN, médecin de l'hôpital Saint-Antoine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris.

Combien nous sommes loin du moment où une formule unique et célèbre par le nom de son auteur semblait résumer en elle toute la thérapeutique des maladies de l'utérus. Et si nous sommes plus rapprochés par le temps du moment où une discussion académique est venue mettre en présence les partisans exclusifs du traitement local et ceux du traitement général appliqué à la curation de ces maladies, les progrès que la question a faits depuis quelques années ne permettent pas de penser que l'on pût voir se produire aujourd'hui des opinions aussi étranges et aussi absolues que celles qui se sont fait jour à cette époque. Avec la connaissance plus parfaite de ces affections, on a mieux saisi les altérations matérielles qui leur servent de base, les troubles fonctionnels généraux et locaux qu'elles déterminent, et, par suite, on a mieux apprécié la valeur des indications tant locales que générales qui en découlent. Le traitement local, le traitement général peuvent occuper dans la thérapeutique des affections utérines une place plus ou moins importante, suivant des circonstances particulières que nous aurons à examiner; mais c'est à tort que des amis imprudents ont voulu les séparer et les sacrifier l'un à l'autre.

Au seuil de la thérapeutique des maladies du système utérin, je puis enfin faire toucher du doigt l'utilité de la discussion que j'ai présentée dans une des précédentes leçons, relativement aux limites dans lesquelles il convient de circonscrire la signification du mot *maladie* appliqué aux troubles et aux lésions de ce système. L'utérus et les organes qui constituent le système utérin peuvent offrir des variations très-nombreuses dans leurs conditions matérielles, forme, volume, coloration, situation, etc., etc., comme dans leur mode de fonctionnement. Ces variations ne sont certainement pas l'état normal; mais peut-on les considérer comme véritablement pathologiques, et jusqu'à quel point surtout est-on autorisé à leur opposer un traitement? Si ce sont des maladies, nul doute qu'on doive les traiter et les combattre par des moyens propres à ramener les organes

(¹) Extrait des *Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus et de ses annexes*, dont la première partie vient de paraître. 1 vol. in-8. Paris, chez Labé.

à leurs conditions normales, nul doute également qu'on doive persévérer dans ces moyens, en les variant indéfiniment jusqu'au retour définitif de l'état normal. Eh bien ! m'appuyant aujourd'hui, comme par le passé, sur les considérations que je vous ai présentées, je vous dirai qu'une altération dans les conditions matérielles ou un phénomène anormal qui se produit vers l'utérus ou le système utérin ne peut être considéré comme maladie, et ne peut être traité comme tel qu'en vertu du trouble apporté à l'exercice des fonctions de l'organe affecté, des organes voisins ou de l'ensemble de l'économie. Là où tout se passe régulièrement, là où toutes les fonctions générales ou spéciales s'accomplissent sans difficulté et sans douleur, la médecine n'a rien à voir et la thérapeutique n'a pas à intervenir.

Certes, une pareille discussion aurait lieu de surprendre, si nous n'avions vu, dans ces derniers temps, faute de ce critérium si précieux, soumettre à des traitements plus que dangereux de malheureuses femmes chez lesquelles des déviations dans les conditions matérielles de l'organe ou du système utérin, des altérations légères dans le mode de fonctionnement existaient depuis longtemps, sans qu'elles s'en fussent aperçues, et surtout sans qu'elles en eussent souffert. Bien coupables sont les médecins qui, mis souvent par hasard sur la voie de ces anomalies, ont effrayé les femmes sur les conséquences possibles qu'elles pouvaient avoir pour leur santé ou pour leur vie, et les ont engagées à se soumettre à des opérations qui ont mis leur existence en péril !

Troubles dans les fonctions de l'utérus ou du système utérin, troubles dans les fonctions des organes voisins ou de l'ensemble de l'économie, susceptibles d'être rattachés plus ou moins directement à l'altération matérielle ou au phénomène anormal qui se produit du côté de l'utérus et du système utérin : telles sont donc les conditions dans lesquelles l'intervention de l'art est légitime et justifiée. Mais dans quelles limites cette intervention doit-elle être circonscrite? Telle est encore la question qui se présente et que nous avons à résoudre, avant d'aller plus loin. Faut-il toujours poursuivre, par exemple, jusque dans ses derniers retranchements, jusqu'à l'extrême, l'altération matérielle, point de départ des troubles fonctionnels ? Ou bien faut-il se contenter de faire disparaître ces troubles fonctionnels, de régulariser le mieux possible les fonctions des organes sexuels et de l'ensemble de l'économie? Autrement dit, ici comme dans d'autres affections, se présente, en face l'une de l'autre, la question de la cure palliative et celle de la cure radicale.

Nul doute que, si la chose était toujours possible, on dût pour-

suivre très-loin la guérison de l'altération matérielle et le retour de l'organe à ses conditions naturelles. Assez souvent, surtout quand l'altération est très-récente, quand elle est peu profonde, quand elle n'a point entraîné de désordres trop graves, un traitement bien dirigé peut ramener, ou peu s'en faut, l'organe à des conditions de normalité parfaite. Si l'on réfléchit cependant aux conditions les plus fréquentes dans lesquelles on rencontre ces altérations, si l'on se rappelle que les troubles fonctionnels qui en décèlent la présence ne se montrent souvent qu'à une époque où l'altération est déjà très-avancée, si l'on pense aux complications si fréquentes dont elles sont entourées, soit vers le système utérin, soit vers les autres organes importants de l'économie, on sera disposé à admettre, et l'expérience est ici d'accord avec le raisonnement, que bien rarement un traitement quelconque pourra rétablir l'organe dans son intégrité parfaite.

Il y a plus : il est des circonstances dans lesquelles l'intérêt bien entendu des malades fait une loi au médecin de ne pas aller au delà d'un traitement palliatif; car l'emploi de moyens actifs peut allumer un incendie dont il ne lui sera pas toujours possible de se rendre maître; trop souvent, des accidents terribles, la mort même, ont suivi des tentatives hasardeuses de cette espèce. Et si, d'autres fois, la guérison a couronné la hardiesse du médecin, son triomphe n'a pas toujours été de longue durée; car tantôt la maladie ancienne reparaît avec un redoublement d'intensité, tantôt de sa suppression résulte un trouble profond dans l'économie ou une maladie nouvelle plus grave et plus terrible que l'ancienne. C'est à la détermination de ces circonstances que les praticiens de tous les pays devraient travailler, en publiant les faits malheureux, les seuls vraiment instructifs, et en cherchant à pénétrer les conditions qui ont fait échouer un traitement en apparence des plus rationnels.

Mais est-il donc bien certain que l'exercice des fonctions sexuelles et générales réclame l'intégrité complète de l'organe ou du système utérin? L'observation de tous les jours répond à cette question. Non, il n'est pas vrai que cet exercice soit subordonné à la normalité parfaite de ces organes. Le nombre est grand, au contraire, des femmes qui portent, sans en être incommodées, des altérations très-prononcées dans l'état des organes utérins. Le critérium de la guérison est donc, non dans le retour de l'organe ou du système utérin à des conditions de normalité, le plus généralement impossibles à obtenir, mais dans la disparition définitive et permanente des troubles fonctionnels. Autant on doit poursuivre, par tous les moyens

possibles, la guérison de l'altération, tant qu'il reste des troubles fonctionnels, autant, ces troubles une fois dissipés, il faut s'abstenir de moyens actifs et cesser tout traitement qui n'a pas pour but de consolider la santé générale et d'augmenter sa résistance. Quelques anciens auteurs ont admis un classe de médicaments qu'ils ont nommés *défensifs*, parce qu'ils leur supposaient la propriété de défendre l'économie contre l'agression des causes pathogéniques. Eh bien! après le traitement et la disparition des troubles fonctionnels, il reste à organiser une thérapeutique *défensive*, destinée à protéger, contre l'influence fâcheuse des altérations du système utérin, les organes voisins de ce système et l'ensemble de l'économie, altérations qu'elle doit s'efforcer de rendre supportables aux malades et conciliables avec la prolongation de l'existence, avec l'exercice régulier des fonctions sexuelles et générales.

Je ne voudrais pas certainement poser en principe que la notion de la nature et celle de la cause pathogénique soient indifférentes dans le traitement des maladies de l'utérus et du système utérin. Les cas se pressent au contraire sous nos yeux pour nous montrer que de ces deux circonstances dérivent des indications importantes. Toutefois, si l'on suit quelque temps la marche des affections utérines, on ne tarde pas à reconnaître qu'à part certains cas d'infection, qui ne sont pas très-communs, à part la période d'acuïté de quelques-unes de ces maladies, laquelle réclame certainement un traitement particulier, la thérapeutique est bientôt désarmée en présence d'affections dont la physionomie ne tarde pas à se ressentir du retour définitif à la chronicité. Peu à peu les différences s'effacent, et alors, au lieu de la maladie telle qu'elle était constituée, on n'a plus à combattre que des ensembles d'accidents locaux ou généraux, de véritables éléments morbides réunis en plus ou moins grand nombre et appelant par conséquent, suivant les circonstances, les traitements les plus variés. Un exemple fera mieux comprendre ma pensée : une inflammation de l'utérus à l'état aigu réclame un traitement antiphlogistique; mais que cette affection passe à l'état chronique, les accidents inflammatoires proprement dits s'atténuent et s'effacent de jour en jour, pour faire place tantôt à des phénomènes congestifs, tantôt à une exagération de la sensibilité, à des changements dans la statique de l'organe, tantôt à des altérations graves dans sa nutrition, et voilà autant d'indications nouvelles plus importantes et plus exclusives peut-être que les premières.

Il est possible, dans l'état actuel de la science, de ramener à un petit nombre les indications qui peuvent se présenter dans le cours

de la plupart des maladies de l'utérus et du système utérin. Ces indications peuvent être déduites de l'état local, des troubles fonctionnels du système utérin et des lésions matérielles qui paraissent s'y rattacher, de l'état des organes voisins, comme de l'état général proprement dit.

Congestions sanguines, douleurs, sécrétions exagérées, hypertrophie nutritive et altérations dans la statique de l'organe, tels sont les principaux éléments tirés de l'état local qui peuvent fournir des indications thérapeutiques. Chacun de ces éléments répond, en effet, à un trouble d'une fonction du système utérin : les congestions à un trouble du système circulatoire, la douleur à une lésion de l'innervation, les sécrétions exagérées à un travail d'hypercrinie, l'hypertrophie à une exagération dans le travail de nutrition normale ; quant aux altérations de la statique, elles s'ajoutent, nous le verrons plus tard, à plusieurs de ces éléments pathologiques, sinon d'une manière immédiate, au moins dans un temps plus ou moins rapproché.

La fréquence des congestions sanguines, le rôle fâcheux qu'elles jouent dans la plupart des affections du système utérin, en tant que complications et qu'indications thérapeutiques, m'engagent à entrer ici dans quelques détails.

L'hypérhémie du système utérin trouve malheureusement sa raison d'être dans le retour périodique du travail menstruel, comme elle est entretenue et exaspérée par ce travail une fois qu'elle s'est établie d'une manière permanente. On ne peut donc pas s'étonner que la congestion joue un si grand rôle dans les maladies utérines et qu'elle ait une importance si considérable relativement au traitement de ces maladies ; il faut avoir cet accident toujours présent à l'esprit pour le contenir, le combattre et lutter contre les conséquences qu'il entraîne, tant à l'époque des règles que dans leur intervalle.

Cet accident présente donc une indication capitale qui comprend elle-même deux autres indications : 1° diminuer l'état congestif à l'époque des règles ; 2° combattre l'état congestif qui persiste après chaque époque jusqu'à la suivante.

La première de ces deux indications place le médecin dans une position embarrassante ; car, pour aller ainsi atteindre la congestion qui prépare les règles et dont celles-ci sont en définitive la crise, ne s'expose-t-on pas à troubler le travail menstruel, à retarder l'apparition de l'écoulement sanguin, à le rendre moins abondant, ou même à l'empêcher de s'effectuer ? Cette préoccupation n'existe pas

pour quelques personnes, et les hydropathes en particulier affectent à l'endroit de l'écoulement menstruel une superbe indifférence, que je ne puis entièrement partager. A l'approche de leurs règles, pendant les règles même, les femmes sont soumises par eux à des pratiques hydrothérapiques ; et, si l'on en croit ces médecins, jamais ils n'auraient eu à s'en repentir. Sans doute, dans la plupart des cas, il n'y a pas d'accidents ; si les femmes ont été préparées depuis un certain temps avant que leurs règles soient imminentes ou aient repris leur cours, l'application du froid ne détermine en général aucun trouble, les règles viennent à leur époque, et si elles se suspendent au moment où les femmes sont dans l'eau froide, elles reparaissent après. Les choses ne se passent pas cependant toujours aussi favorablement, et l'expérience m'a rendu plus prudent et plus difficile. J'ai vu les règles s'arrêter sous l'eau froide pour ne plus revenir, non-seulement jusqu'à l'époque prochaine, mais même pendant plusieurs mois. J'ai vu une dame, dont les règles parurent pendant qu'elle était dans un bain de siége à eau courante, être prise d'abord d'étouffements, puis d'accidents nerveux hystériformes qui l'ont beaucoup effrayée et qui ne m'ont pas laissé sans inquiétude, d'autant plus que les règles ont été suspendues et n'ont pas reparu à la sortie du bain. J'en conclus qu'il faut choisir les moyens qui peuvent diminuer le travail congestif, sans le faire disparaître entièrement ; et parmi ces moyens, je puis le dire d'avance, celui qui m'a paru rendre les plus grands services pour faciliter la venue des règles, en diminuant la congestion, c'est l'application des sangsues sur le col de l'utérus.

La congestion utérine, tant à l'époque des règles que dans leur intervalle, ne se présente pas toujours avec les mêmes caractères. Ainsi elle peut être liée à un état de pléthore générale, ou bien elle peut être purement locale et, dans ce dernier cas, active ou passive, en employant des expressions reçues et qui sont comprises de tous.

Dans les cas où la congestion est active, on aura recours aux antiphlogistiques, je veux dire aux émissions sanguines. Les émissions sanguines seront générales quand l'hypérhémie utérine se trouvera sous la dépendance d'une pléthore constitutionnelle. Mais cet état de pléthore générale étant une chose ordinairement fort rare chez les femmes, on ne trouve guère l'occasion d'ouvrir la veine. Le plus souvent, l'hypérhémie est purement locale et circonscrite ; on fera choix alors des émissions sanguines locales, et pour moi elles consistent uniquement, ou presque uniquement, dans l'application de sangsues sur le col de l'utérus.

La congestion, au contraire, est-elle passive, en raison d'un état atonique général ou local seulement, ou de l'un et l'autre à la fois, alors, non-seulement il faut être très-prudent sur l'emploi des antiphlogistiques sous forme d'émissions sanguines, mais même il convient d'y renoncer tout à fait. Dans ces conditions, c'est aux moyens dits *révulsifs* qu'il faut avoir recours, soit qu'on fasse plus ou moins loin de l'organe malade des applications irritantes, soit qu'on ait recours au froid appliqué directement sur la matrice elle-même ou seulement sur les régions adjacentes, soit qu'à l'aide du froid, employé d'une manière particulière, on cherche à congestionner des organes plus ou moins éloignés.

Une autre circonstance aussi très-importante, et d'où découle encore une indication capitale, c'est la douleur. Congestion sanguine et douleur : autour de ces deux conditions gravite une grande partie de la thérapeutique des affections utérines. Mais la douleur se présente sous des aspects plus variés que la congestion sanguine. On l'observe, ici existant par elle-même, là subordonnée à un trouble fonctionnel, à une altération matérielle plus ou moins grave ; tantôt occupant la totalité de l'organe ou du système utérin, tantôt limitée à un point particulier ; dans certains cas, si intense et si persistante qu'elle doit être calmée à tout prix et par les moyens les plus actifs, dans d'autres, assez légère pour permettre au médecin d'aller l'attaquer dans la cause même qui la produit. C'est même la seule conduite à suivre toutes les fois que l'on peut remonter à cette cause, toutes les fois que cette cause est susceptible d'être combattue avec chance de succès. Combien de fois, par exemple, en traitant la congestion utérine, n'a-t-on pas fait cesser la douleur, qui tenait seulement à cette congestion ? Combien de fois, en relevant un utérus déplacé au moyen d'un pessaire approprié, n'a-t-on pas vu cesser immédiatement des souffrances qui ne dépendaient que de ce déplacement ?

Les cas où l'on peut ainsi atteindre la douleur dans sa cause ne sont pas ceux qui offrent le plus de difficultés dans la pratique. Il en est d'autres où l'on ne peut arriver à préciser l'origine de ces douleurs, ou bien dans lesquels, si cette recherche a été suivie de succès, on découvre des lésions tout à fait ou presque tout à fait au-dessus des ressources de l'art, c'est-à-dire des cas où la douleur se présente avec un caractère tellement prédominant que c'est d'elle et d'elle seule qu'il faut se préoccuper. Ce sont là les seuls cas que nous devons examiner ici.

C'est dans ces cas que le médecin peut avoir recours à tous ces

moyens désignés sous le nom d'anésthésiques, analgésiques, anodins, antispasmodiques; mais ces divers moyens ne sont pas indifférents dans leur emploi, et leur mode d'administration présente plus d'une difficulté. De ces moyens, les uns correspondent aux phénomènes spasmodiques, aux contractions douloureuses de l'organe utérin, à ce qu'on est convenu d'appeler des coliques utérines. Le castoréum, le camphre, le sesquicarbonate d'ammoniaque et les ammoniacaux en général occupent le premier rang ; à côté de ces agents, mais sur un plan un peu moins élevé, je place le chloroforme et l'assa-fœtida.

Mais les douleurs sous forme de coliques ne sont pas à beaucoup près les plus communes : l'hypéresthésie et la douleur névralgique, la première surtout, sont les plus fréquentes. Ici les antispasmodiques sont sans utilité ; seuls les anodins, les anésthésiques peuvent triompher des accidents ; mais desquels faire choix et surtout comment les employer? Faut-il les donner à l'intérieur, faut-il, au contraire, profiter des rapports anatomiques du col de l'utérus avec l'extérieur pour les employer topiquement? C'est pour cette dernière méthode que je n'hésite pas à me prononcer, toutes les fois que les applications du spéculum, ou des appareils nécessaires pour porter les agents médicamenteux au contact du système utérin, ne sont pas susceptibles de donner lieu à des accidents plus graves. Cette dernière méthode a d'ailleurs un très-grand avantage, c'est de ne pas troubler les fonctions digestives par l'ingestion de substances actives, et surtout de ne pas exposer ou d'exposer beaucoup moins à ces constipations rebelles qui sont déjà un des plus graves accidents de ces maladies.

De tous les anodins proprement dits, l'opium est le meilleur, le plus efficace et le plus sûr dans son action; et cependant les médecins ne l'emploient qu'avec la plus grande répugnance par la bouche comme par la voie rectale, tant ils redoutent la constipation et les autres symptômes généraux auxquels donne lieu son administration. Je crois donc avoir rendu un véritable service à la pratique, en donnant un moyen facile d'employer l'opium topiquement, sans exposer les malades aux accidents de narcotisme et aux autres inconvénients de ce précieux agent thérapeutique. Je ne rejette pas cependant l'emploi topique des autres anésthésiques : le froid, les vapeurs de chloroforme et d'acide carbonique, employés isolément ou associés les uns aux autres, peuvent avoir des applications spéciales pour combattre la douleur; mais le froid est suivi d'une réaction qui rappelle trop souvent la douleur, et les deux derniers

moyens ont le grand inconvénient de favoriser les congestions sanguines et d'ajouter par conséquent quelques chances fâcheuses à celles qui existent déjà. Peut-être aurait-on moins à craindre en faisant ces applications, non pas directement sur les parties malades, mais à une certaine distance, sur le bas-ventre, par exemple; j'ai pu me convaincre, pour le chloroforme et les applications de glace, que l'on obtient ainsi un calme très-prononcé dans la douleur, mais beaucoup moins durable et beaucoup moins complet, je le répète, que par les applications topiques de laudanum (1).

Une autre indication importante se lie à l'existence si commune des sécrétions fournies par les parties génitales, non pas que ces sécrétions puissent être toujours taries par les moyens que nous employons, mais parce que la présence de ces sécrétions peut devenir par elle-même, indépendamment de leur origine et de la nature du liquide qui les constitue, une occasion d'irritation pour les parties malades. On ne fait pas généralement une part assez grande à l'influence du contact persistant des sécrétions naturelles et surtout des sécrétions exagérées avec les membranes qui revêtent les cavités intérieures : des membranes muqueuses parfaitement saines ne tardent pas à rougir, à sécréter plus abondamment, à se dépouiller de leur épithélium, et même à s'ulcérer, dès qu'elles se trouvent en contact avec des sécrétions même normales, mais plus abondantes que d'habitude. Un grand nombre des ulcérations superficielles du col de l'utérus et de la partie supérieure du vagin ne reconnaissent pas d'autre cause. Mais à ces inconvénients qui résultent du simple rapport de certaines sécrétions avec les surfaces muqueuses s'ajoutent ceux qui dépendent de la nature même du liquide, des propriétés irritantes qu'il possède par lui-même et des décompositions qu'il peut éprouver. On peut donc poser en principe que, dans tous les cas où il existe des sécrétions naturelles exagérées, et à plus forte raison des sécrétions pathologiques, il est du plus haut intérêt pour les malades de les débarrasser de ces sécrétions à mesure qu'elles se produisent, pour prévenir l'irritation, mais surtout pour empêcher la décomposition des liquides dans les parties génitales et prévenir l'absorption possible de matériaux putrides.

Les injections, les irrigations sont donc une partie des plus importantes du traitement des affections utérines, et c'est à tort que beaucoup de personnes les négligent; seulement, elles ont besoin

(1) Note sur les avantages des pansements laudanisés dans le traitement de certaines affections utérines. (*Bulletin de Thérapeutique*, t. LIII, p. 48).

d'être entourées de quelques précautions que je vous indiquerai bientôt. De leur composition, des principes modificateurs qu'elles entraînent avec elles et qui peuvent être à volonté émollients, calmants, anodins, détersifs, astringents, cathérétiques, etc., résulte la possibilité d'ajouter une action médicamenteuse à une action purement mécanique; du reste, le fait simple du passage d'une certaine quantité d'eau dans le vagin, à une température déterminée, ne peut pas ne pas exercer une action thérapeutique sur les organes qui constituent le système utérin. Mais, s'il s'agit d'une action médicamenteuse un peu active, il n'est pas douteux que les injections et les irrigations ne sont pas le meilleur mode pour arriver au but: il est d'autres formes sous lesquelles on peut faire des applications topiques, soit à l'extérieur, soit à l'intérieur de l'utérus, avec la certitude de modifier puissamment les surfaces qui fournissent les sécrétions.

Ne perdons pas de vue cependant les principes de thérapeutique générale qui s'appliquent aux sécrétions naturelles exagérées et aux sécrétions pathologiques. Si les médications topiques réussissent, elles le doivent le plus ordinairement à ce qu'elles possèdent une action substitutive de nature à dominer l'irritation sécrétoire; de sorte que, pour faciliter, comme pour assurer la guérison, il convient d'ajouter aux moyens précédents la médication révulsive, et principalement l'emploi des agents de cette médication qui agissent sur une grande surface et déterminent d'abondantes sécrétions. J'ai pu me convaincre des heureux résultats des bains de vapeur, mais surtout des précieux avantages de la médication purgative à haute dose. En produisant cette révulsion sur la partie la plus basse du tube digestif, en employant, par exemple, les lavements purgatifs, il m'a semblé que les effets de la médication purgative étaient plus remarquables encore (1).

L'occasion se présentera plus tard de m'expliquer sur la valeur de ce mot *engorgement*, autour duquel ont eu lieu tant de discussions. Mais si l'on conteste le mot, personne ne mettra en doute cependant la possibilité de l'hypertrophie de l'organe utérin, hypertrophie portant quelquefois, mais rarement, sur son ensemble, plus souvent sur une des parties qui le constituent. Une hypertrophie plus limitée encore peut être bornée, dans certains cas, à quelques-uns des éléments qui entrent dans la composition de l'organe, comme le

---

(1) Voir la livraison du 15 mars, p. 193. — Note sur l'emploi des lavements purgatifs dans le traitement du catarrhe utérin.

montrent les recherches microscopiques modernes. Cette hypertrophie nutritive est souvent à elle seule la maladie, et nous lui accorderons une attention convenable, à côté de l'inflammation chronique qui en est le point de départ le plus fréquent ; mais elle entre souvent comme élément dans la composition des cas pathologiques les plus divers, et réclame comme telle un traitement spécial.

Ce traitement, c'est la médication résolutive, ainsi désignée à cause de ses effets, mais fort peu connue en réalité dans son mode d'action, la médication résolutive, composée de ses agents topiques et de ses modificateurs généraux. Pour l'utérus et pour le système utérin, les agents topiques comprennent cet ordre hiérarchique de moyens qui commence aux applications dites résolutives, pour aboutir à l'emploi des caustiques potentiels et de la cautérisation actuelle, en passant par les vésicatoires. Quant à la médication générale, elle embrasse, avec les révulsifs cutanés plus ou moins profonds, avec les révulsifs sur le tube intestinal, l'administration à l'intérieur, sous les formes connues, des médicaments *altérants* les plus efficaces, de l'iode, du mercure, de l'arsenic. Nul doute qu'on ne doive y faire rentrer, malgré l'influence qu'ils exercent primitivement sur la nutrition générale, et le traitement par l'inanition, la *cura famis*, qui a donné dans certains cas des résultats si remarquables, et l'emploi des divers facteurs qui, réunis au froid, constituent la médication hydrothérapique.

Je n'ajouterai que quelques mots relativement à l'emploi de la médication résolutive, et cela dans le but de prémunir les médecins contre le désir de poursuivre au delà du possible le retour de l'organe à ses proportions anciennes. Ce n'est qu'à la longue qu'une partie malade voit disparaître jusqu'à la dernière trace de son affection; et dans l'utérus, dont la nutrition et la circulation s'opèrent d'une manière si peu active dans l'état de vacuité, on ne doit pas être surpris que l'organe hypertrophié ne revienne pas très-rapidement à ses proportions anciennes. Le véritable *critérium* de l'amélioration est plus dans la disparition des troubles fonctionnels que dans la diminution de volume, considérée d'une manière abstraite. Ne manquez pas non plus de faire la part de l'hypertrophie, qui appartient à l'évolution naturelle de l'organe comme au fait de la puerpéralité.

Enfin, il peut arriver telle circonstance, où l'hypertrophie exubérante d'une portion de l'organe, ou d'un des éléments qui entrent dans sa composition, légitime et justifie l'intervention chirurgicale. Ce que je veux établir, cependant, ce dont je suis plus convaincu que

jamais, c'est que cette intervention chirurgicale est très-rarement nécessaire, et que, avec un peu plus de patience, on aurait pu obtenir, dans un grand nombre de cas, par des moyens très-simples, des guérisons demandées à des méthodes brillantes, sans doute, mais peu sûres pour les malades au point de vue de leur santé et même de leur vie. Que de tumeurs prétendues cancéreuses et considérées comme telles ont été enlevées avec succès, qui n'étaient que des hypertrophies des éléments glandulaires du col de l'utérus, par exemple! Que d'opérations suivies d'accidents graves, et même de la mort, qui, non-seulement, n'étaient pas nécessaires, mais qui auraient été avantageusement remplacées par des moyens plus doux employés avec persévérance!... (*La fin au prochain numéro*).

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Considérations pratiques sur le rétrécissement de l'urètre dit infranchissable et sur son traitement.

Par M. le docteur Ch. Phillips.

Certains rétrécissements de l'urètre opposent une grande résistance à l'introduction de la plus petite bougie; la rétention d'urine complique souvent ces cas graves, et ce liquide, s'infiltrant dans les tissus pour se créer des issues nouvelles, a fait croire à un grand nombre de chirurgiens que le canal était complétement oblitéré.

D'autres rétrécissements, laissant sortir l'urine, et empêchant le passage de la bougie la plus ténue, ont fait nier l'oblitération complète de l'urètre et admettre l'imperméabilité de l'obstacle.

Ces opinions diverses proviennent de ce qu'on n'a pas établi une distinction suffisante entre le rétrécissement proprement dit, c'est-à-dire celui qui est le produit d'une inflammation de l'urètre, et le rétrécissement traumatique, c'est-à-dire celui qui se forme après les déchirures ou après les profondes contusions de l'urètre. Dans le premier cas, l'oblitération complète du canal est extrêmement rare, tandis que dans le second on l'a vue un grand nombre de fois; et c'est pour ne pas avoir tenu compte de la différence des causes qu'il y a encore de l'incertitude dans l'appréciation des résultats. Il existe aussi de la confusion dans le choix des moyens de traitement : par exemple, on voit employer par les uns de volumineux instruments dans les cas où d'autres se servent de bougies filiformes; on voit

des chirurgiens faire la boutonnière lorsque d'autres traversent les obstacles de vive force, soit avec le trocart, soit avec la sonde conique. Enfin, quelques-uns ont modifié leur pratique, en détournant de sa véritable signification une opération nouvelle, utile dans des cas particuliers, pour la guérison desquels elle a été imaginée, mais dangereuse et souvent funeste dans des circonstances qui laissent de l'imprévu. C'est ainsi que nous avons vu l'urétrotomie périnéale, qui doit toujours être faite sur un conducteur, et dans le but unique de guérir un rétrécissement, être pratiquée sans guide, et pour faire cesser une rétention d'urine.

Chercher à établir la différence entre l'oblitération complète du canal et le rétrécissement dit infranchissable; démontrer que partout où l'urine passe, une bougie filiforme peut être introduite; décrire le mode opératoire le plus utile pour chacune de ces lésions; préciser la manœuvre la plus simple pour faire cesser la rétention d'urine qui en est souvent la conséquence : tel est le but que nous nous sommes proposé par la publication de ce travail.

De l'oblitération complète. — Dans le petit nombre de faits d'oblitération complète de l'urètre, après l'inflammation de ce canal, nous choisirons, pour les citer, ceux qui nous ont semblé être incontestables, à cause de l'autorité acquise dans la science par les hommes qui les ont fait connaître.

Félix Pascal, qui a annoté le traité de Chopart, dit avoir vu une seule fois, sur le cadavre d'un homme âgé d'environ cinquante ans, une oblitération du canal, commençant au-dessus de la fosse naviculaire, et ayant plus d'un pouce de longueur. Dans cette partie, le *canal était parfaitement interrompu*. Il y avait des fistules au périnée et au scrotum. Il ajoute : « Nous avons examiné l'urètre dans d'autres sujets, qu'on n'avait pu sonder, et chez lesquels on croyait le canal entièrement fermé; nous avons pu passer un stylet dans la partie rétrécie; des nodosités rendaient ce canal tortueux et changeaient sa direction. » (Traité des maladies urinaires, t. II, p. 323, Chopart.)

Alliès rapporte le fait d'un homme de trente ans qui avait deux fistules, l'une à la fosse naviculaire, et l'autre au scrotum : l'urètre *était oblitéré* depuis depuis le méat urinaire jusqu'à la fosse naviculaire, l'urine sortait en totalité par les deux fistules. (Maladies de l'urètre, p. 73.)

Viguerie, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Toulouse, a opéré un homme de cinquante-cinq ans, qui avait l'urètre *oblitéré* depuis deux mois, et qui rendait l'urine par dix trous fistuleux, situés près de l'anus et aux fesses. (Traité des maladies de voies urinaires, t. II, p. 328, Chopart.)

Ch. Bell possédait un urètre si complétement oblitéré, qu'une soie de sanglier ne pouvait y entrer. (*On divers. of the urethra*, 3e édit., p. 404.)

Thompson cite trois exemples d'oblitération qui font partie de la collection de l'hôpital de Guys; ils portent les nos 2,405, 2,403, 2,412. Ce chirurgien dit

avoir vu à l'hospice un obstacle si complet, qu'après avoir ouvert l'urètre jusqu'au rétrécissement, il lui fut impossible d'y faire passer une soie de sanglier. Derrière le point obstrué, il y avait une fistule. (Mém. sur l'anat. pathol. des rétréc. de l'urètre, p. 55, J. Pro.)

M. Bouchet a présenté à la Société anatomique un urètre dont la complète oblitération a été constatée par MM. Nélaton, Gosselin et Galliet. La totalité de l'urine passait par des fistules périnéales. (Bullet. de la Soc. anatomique, 1851, p. 129.)

Bérard, membre d'une commission, composée de Blandin et de M. Lenoir, a fait à la Société anatomique un rapport sur une intéressante communication de M. Bosc. Il s'agissait d'un nommé Choquet, âgé de soixante-douze ans, mort à la suite de plusieurs rétentions d'urine. Cet homme avait eu plusieurs blennorrhagies ; enfin, une obstruction de l'urètre avait déterminé la formation de fistules périnéales. L'examen de la pièce anatomique a fait voir une *oblitération complète* de l'urètre, longue de plusieurs lignes, et siégeant dans la portion bulbeuse du canal. (Bullet. de la Soc. anat., 1827, p. 83.)

M. Demarquay a fait connaître à la Société de chirurgie l'histoire d'un homme âgé de quarante-six ans, atteint d'une *oblitération complète* de l'urètre, produite par un rétrécissement, après une blennorrhagie. Le docteur Legendre, de Caen, fit l'opération de la boutonnière, et pendant un grand nombre d'années, l'urine sortit par une voie artificielle. M. Demarquay a constaté l'oblitération complète, en faisant le cathétérisme récurrent, c'est-à-dire, en introduisant dans l'urètre une bougie très-fine par la boutonnière, jusqu'à la face postérieure du rétrécissement. Il a pu sentir que le canal était fermé depuis le méat urinaire jusqu'à une profondeur de six centimètres. (Bulletin des séances de la Société de chirurgie, 1857.)

D'après les faits que nous venons de rapporter, il n'y a donc plus de doute possible sur l'oblitération complète de l'urètre, après une urétrite ; et M. Amussat a été dans l'erreur lorsqu'il a écrit : « Quels que soient le siége et l'ancienneté d'un rétrécissement, le canal de l'urètre n'est *jamais entièrement oblitéré ;* il existe toujours un point de communication entre les parties antérieure ou postérieure. (Leçons sur les rétentions d'urine, 1832, p. 26.)

Rétrécissements traumatiques. — Les contusions du périnée et les déchirures de l'urètre, indépendamment des oblitérations complètes, produisent des cicatrices qui altèrent la forme de ce canal, diminuent son calibre, et sont connus sous le nom de rétrécissements traumatiques. La résistance des tissus qui la composent, leur élévation irrégulière dans le canal, et les fistules nombreuses qui les accompagnent, et qui livrent passage à la totalité de l'urine, les ont fait confondre avec l'oblitération complète ; elles réclament les mêmes moyens de traitement : il peut donc être utile de les étudier dans un même chapitre.

Ces rétrécissements, longs, durs et inextensibles, se forment très

rapidement, et, dans des circonstances rares, leur développement est très-lent. M. Civiale cite l'histoire d'un malade entré à l'hôpital Necker pour se faire guérir d'un rétrécissement dû à une chute sur le périnée, qui avait eu lieu dix ans auparavant.

Ils sont presque toujours longs et durs, et ils peuvent se former dans toutes les portions de l'urètre : le plus ordinairement, ils sont placés à la partie antérieure du périnée et dans la portion de l'urètre enveloppée par les bourses, parce que ces régions sont les plus exposées aux violences extérieures.

Lorsque ces cicatrices occupent la portion pénienne, elles modifient la direction de la verge qui, pendant l'érection, se courbe en raison de la longueur, et surtout en raison de l'épaisseur de la bride inodulaire.

Je ne crois pas qu'on ait cité un fait de rétrécissement traumatique multiple, mais on a constaté la présence d'un rétrécissement fibreux, en même temps que celle d'un rétrécissement inodulaire. C'est dans un cas semblable que Dupuytren a dû faire d'abord la dilatation du premier obstacle avant d'atteindre les cicatrices plus profondément placées. De formes très-variées, elles peuvent être très-allongées ou très-peu épaisses, elles ressemblent alors à des replis valvulaires. M. Frank a vu des brides diviser le canal en deux parties ; d'autres fois, il restait seulement une ou deux petites ouvertures livrant passage à l'urine, et le plus ordinairement ce liquide s'échappe par des fistules. De tels cas présentent peu de chance de guérison, surtout si la maladie est ancienne.

C'est après ces violentes contusions qu'on a pu constater l'oblitération complète du canal. M. Syme a publié récemment les deux faits suivants, d'un grand intérêt.

Le nommé William Scott, âgé de quarante-quatre ans, fut admis à l'hôpital le 21 octobre 1857. Ce malade, en sortant de son lit, tomba à cheval sur le dos d'une chaise ; il eut une violente contusion du périnée. Le lendemain il eut une rétention d'urine, qui rendit nécessaire l'opération du cathétérisme ; pendant trois jours il urina facilement, et le quatrième jour il commença à souffrir. Il y eut infiltration d'urine et sphacèle considérable des bourses et du périnée ; l'urine passa par la plaie. Après un très-long temps la santé se rétablit, mais il n'est plus sorti une goutte d'urine par l'urètre, qui opposa une résistance invincible à toute espèce d'instruments.

Un autre fait a encore été observé par le même chirurgien :

Un matelot tomba à cheval sur une poutre ; le résultat de cette chute fut une violente contusion du périnée, de la verge et des bourses. On essaya vainement de le sonder ; la vessie étant très-distendue, il fut fait une incision au périnée pour aller à la recherche de l'urètre, et pour introduire une sonde dans la vessie : on retira de la plaie une grande quantité de caillots sanguins, et l'on

vit que l'urètre était complétement détruit; il était impossible de reconnaître les diverses portions. Le pubis était brisé près de la symphyse. Comme on n'apercevait aucun pertuis qui permît à un instrument d'entrer dans la vessie, on fit la ponction suspubienne et il sortit deux pintes d'urine : une sonde flexible fut laissée à demeure. Trois mois après, le malade sortit de l'hôpital avec des fistules périnéales par lesquelles l'urine s'écoulait en totalité.

Du retrécissement infranchissable. — M. Syme dit qu'il n'y a pas de rétrécissement infranchissable : lorsque l'urine peut encore passer par gouttes à travers une stricture, une bougie très-fine doit pouvoir y être introduite. Je partage entièrement cette opinion, quelqu'absolue qu'elle paraisse être. (*Ext. divis. of strict. Henri Thompson, the Lancet,* nos IV, V; 1, 1856).

M. Leroy, à plusieurs reprises, a montré aux praticiens l'importance de cette question ; et il a rendu un grand service à cette partie de la pratique chirurgicale, en expliquant les causes qui s'opposent au passage des bougies, et en diminuant beaucoup, par cette démonstration, le nombre des rétrécissements dits infranchissables. (Urologie, p. 130.) Grâce à ce progrès, des malades ont été guéris par la seule dilatation, qui auraient dû subir des opérations dangereuses, et d'autres ont été soustraits aux angoisses de la rétention d'urine, sans subir les épreuves du cathétérisme, exécuté *chirurgicalement, secundùm artem !*

Tous les chirurgiens ont vu des rétrécissements laissant passer l'urine et empêchant l'introduction d'une bougie, quelle que soit sa ténuité : ils ont vu également qu'aussitôt que la bougie a franchi l'obstacle, elle est très-libre dans le canal ; de sorte que ce n'est pas à l'étroitesse de son ouverture qu'on doit attribuer la difficulté à y pénétrer, mais à sa position excentrique, ou à une saillie de la muqueuse qui la couvre. M. Leroy dit avec raison que cette difficulté provient aussi de ce que des rétrécissements plus ou moins nombreux, situés alternativement sur l'une ou l'autre paroi du canal, altèrent la direction de son trajet, qui décrit alors un zigzag. Dans ce cas, la pointe de la bougie qui a dépassé un premier rétrécissement en rencontre un second, contre lequel elle butte, et dont elle ne peut trouver l'ouverture qui n'est pas en rapport avec celle que l'instrument a dépassée.

Tel était le fait communiqué à la Société de chirurgie par M. le professeur Nélaton : un jeune homme, qui urinait par regorgement, et chez lequel toutes les tentatives de cathétérisme avaient échoué, ayant succombé quelques jours après, on fit l'incision de l'urètre en avant et en arrière du point rétréci, et on put voir le

conduit que l'urine traversait sans difficultés, alors qu'aucun instrument, quelque petit qu'il fût, n'avait pu y entrer. Des tentatives de cathétérisme furent en vain renouvelées par chaque membre de la société; et enfin M. Nélaton ayant incisé le rétrécissement, on vit qu'il était disposé en Z.

Ces rétrécissements ont aussi été nommés *imperméables*. M. Samuel Wilmot dit qu'on doit réserver cette dénomination pour ceux qui ne laissent pas sortir une goutte d'urine, et que les autres doivent être divisés en rétrécissements qui cèdent et en rétrécissements qui ne cèdent pas, en absorbables et en non absorbables : *yielding and unyielding*. (*Dublin Quarterly Journal*, t. XLVI, p. 311.)

On a cherché à expliquer les difficultés qu'on éprouve à introduire une très-fine bougie dans ces rétrécissements; on a dit que le contact de l'instrument, que la piqûre faite par sa pointe provoquait un spasme, un afflux du sang fermant subitement l'entrée de l'obstacle. On a dit encore que les petites bougies manquaient de résistance pour vaincre la sécheresse et le peu d'élasticité des tissus fibreux. Préoccupé de ces causes imaginaires, on a méconnu les causes réelles, c'est-à-dire la position alterne et la situation excentrique de l'ouverture des rétrécissements.

Quelquefois certaines strictures ont été déclarées infranchissables, après un premier cathétérisme heureux : les difficultés deviennent plus grandes après une première introduction; mais la persévérance dans l'emploi de la bougie doit toujours amener un résultat favorable.

M. Lefebvre a montré à la Société anatomique (année 1845) l'urètre d'un homme qu'il n'a plus été possible de sonder après y avoir réussi une première fois; l'urine continua à sortir par un jet filiforme. Le 21 juin 1845, une petite bougie pénétra dans la vessie; le 22, des essais nouveaux furent impuissants; une petite quantité de sang et de pus sortit par l'urètre; le 25 et le 26, les essais d'introduction ne furent pas plus heureux; il survint un accès de fièvre, et le malade mourut le 1er juillet.

On voit donc, et la sortie de l'urine le prouve, qu'il y a toujours un passage ouvert dans la partie rétrécie de l'urètre; et dans les faits que je viens de rapporter, et qui peuvent servir de types, l'autopsie montre clairement ce conduit, ses déviations, et les causes de l'obstruction de son ouverture.

Du traitement. — On doit d'abord déterminer rigoureusement le caractère de la lésion et des complications qui l'ont aggravée, avant

de faire un choix parmi les moyens de traitement dont l'efficacité a été prouvée par une longue expérience, et, afin de rendre cette étude plus facile, nous les examinerons :

1° Dans les cas d'oblitération complète ;

2° Dans les cas de rétrécissement qui laissent filtrer l'urine ;

3° Dans les cas où le rétrécissement est compliqué de la rétention d'urine et de l'infiltration de ce liquide dans les tissus.

L'oblitération complète produisant toujours des fistules, et les rétrécissements qui laissent filtrer l'urine n'exposant pas les malades aux accidents immédiats de la rétention, le chirurgien ne doit pas agir avec précipitation, ayant le temps nécessaire pour étudier et arrêter un plan d'opération.

Au contraire, lorsqu'il y a rétention et infiltration d'urine mettant la vie en danger, la détermination doit être rapide, l'action doit être prompte, et le temps donné à la méditation est fatalement perdu pour le malade.

Traitement de l'oblitération complète de l'urètre. — Pour guérir l'oblitération complète et le rétrécissement traumatique ancien, on a imaginé des opérations qu'on fait sans guide et au hasard ; aussi les conséquences ont-elles été souvent fâcheuses. Leur inutilité fréquente et leurs dangers constants les ont fait abandonner, puis reprendre, jusqu'à ce que leur inefficacité fût de nouveau prouvée. M. Syme, convaincu de l'impossibilité d'agir sûrement, les a avantageusement modifiées, et, en faisant voir comment il est possible d'introduire un conducteur, il a mis entre les mains des praticiens un moyen de les exécuter avec certitude.

Nous rappellerons en peu de lignes quelques faits heureux de ponction des obstacles, desquels on s'est autorisé pour justifier de nouvelles et malheureuses tentatives, et nous décrirons ensuite le récent procédé de M. Syme.

Faite par les uns à l'aide d'un trocart, d'une lame cachée dans un tube, ou d'une sonde à dard, et par les autres au moyen d'une sonde conique, cette opération a reçu, dans le premier cas, le nom de *ponction*, et, dans le second, celui de *cathétérisme forcé*.

Sans nous arrêter à la manière dont Turquet se servit d'un stylet de jonc (Acad. des sciences, 22 décembre 1817, rapport de Fercy) pour ouvrir un passage à l'urine à travers l'obstacle dont souffrait Henri IV, et pour laquelle, quoique ayant réussi, il fut déclaré indigne d'exercer la médecine, *propter temeritatem, impudentiam et ignorantiam*, nous citerons quelques faits dont la réussite a en-

couragé les chirurgiens de notre époque à persévérer dans cette voie, après avoir perfectionné les instruments et la manière de les employer.

Le trocart dont on s'est servi pour perforer les oblitérations de l'urètre peut être utile lorsque les obstacles sont placés dans la portion pénienne du canal, parce qu'il est possible de sentir et de diriger sa marche; mais il est dangereux à employer lorsqu'ils occupent la courbure de l'urètre, parce que l'épaisseur des tissus empêche de reconnaître la direction qu'il a prise et les causes qui l'arrêtent.

Dans l'histoire de l'oblitération complète que nous avons citée, Alliès dit avoir perforé le gland avec un trocart, et avoir ensuite entretenu la voie nouvelle à l'aide d'une bougie. Le malade guérit dans l'espace de deux mois.

Viguerie a osé porter le trocart dans la courbure de l'urètre. Après avoir conduit la canule jusqu'à l'obstacle, il exerça une forte traction sur la verge et le périnée avec la main gauche, et, avec la droite, il enfonça le trocart et la canule assez vigoureusement pour le dépasser. Il retira le trocart, et la canule fut laissée en place; au bout d'une demi-heure, l'urine sortit par ce tube, qui, le quatrième jour, fut remplacé par une bougie. La dilatation fut continuée au moyen de ces derniers instruments, et, après un traitement fort long, le malade fut guéri de son oblitération et de ses fistules.

Dans le mois d'octobre 1848, M. Robert, connaissant le peu de certitude des procédés opératoires exécutés dans des cas semblables par Stafford, Dupierris, Reybard, etc., a réussi, sur un ancien militaire, à rétablir le canal complétement oblitéré, après une violente contusion du périnée, qui avait aussi donné lieu à plusieurs fistules. M. Robert fit construire une sonde en argent, ouverte aux deux extrémités, dont l'une, l'extrémité vésicale, était légèrement recourbée, et livrait passage à une tige en acier à pointe carrée et tranchante.

Le malade fut placé sur le bord du lit, les cuisses étant écartées et à demi fléchies; la sonde sans le dard fut portée jusqu'à l'obstacle, contre lequel le dard, ensuite introduit dans la sonde, fut tenu en contact et rendu immobile dans sa gaîne au moyen d'une vis de pression. L'opérateur pressa lentement cet appareil, jusqu'à ce qu'il eût traversé un tissu très-résistant; alors on reconnut qu'il était arrivé dans un espace vide et libre. Le dard fut retiré et remplacé par une petite sonde flexible poussée jusque dans la vessie, et qui fut laissée à demeure après qu'on eut enlevé la sonde en argent.

Il ne se produisit pas d'hémorrhagie ni d'accidents consécutifs; l'urine sor-

tit immédiatement par la sonde, qui fut remplacée huit jours après par une autre plus volumineuse.

Cette opération si heureuse est une rare exception, et le succès en est dû au peu d'épaisseur des tissus qui fermaient l'urètre. Malheureusement, la détermination précise de l'épaisseur de l'obstacle ne peut se faire avant l'opération ; et c'est la cause principale de l'incertitude qu'on voit encore dans la description de cette opération et des nombreux revers dont elle est suivie.

C'est pénétré de ses graves inconvénients et de sa grande utilité dans ces cas spéciaux, que M. Syme a imaginé le procédé que nous allons décrire, et dont on comprend tout de suite l'avantage, en voyant que cette ponction est faite sur un conducteur.

Nouveau procédé de M. Syme. — M. Syme commence par dilater un trajet fistuleux, s'il est trop étroit pour permettre l'introduction d'un cathéter; ensuite il conduit jusque dans la vessie, par cette voie convenablement préparée, un conducteur semblable à celui dont on se sert pour faire la taille, avec cette différence que la rainure est creusée dans sa concavité, au lieu de l'être sur sa convexité. Il place dans l'urètre, en le faisant entrer aussi loin que possible, le conducteur qu'il emploie pour exécuter l'urétrotomie périnéale. Il confie à un aide la plaque du cathéter placé dans la fistule, et il introduit dans l'anus l'indicateur de la main gauche, afin de bien fixer cet instrument, qui doit lui servir de point de repère : il pousse ensuite, avec la main droite, le petit cathéter, de manière à serrer entre ces deux instruments le point oblitéré, et à le perforer avec l'extrémité du conducteur placé dans l'urètre, qui vient, par cette manœuvre, se loger dans la cannelure creusée dans la concavité du cathéter placé dans la fistule.

La situation est alors semblable à celle des rétrécissements qu'on divise sur un conducteur, et la fin de l'opération est la même que celle de l'urétrotomie périnéale.

Cathétérisme forcé. — On s'est servi de la sonde à dard pour traverser l'oblitération de l'urètre; les dangers presque inévitables de cette opération l'ont fait abandonner, malgré quelques succès obtenus par des mains habiles. Cet instrument exige une force d'impulsion presque aussi grande que celle qui est nécessaire pour faire pénétrer la sonde mousse au delà des retrécissements. Elle doit être maintenue dans la direction de l'axe du canal, ce qui est à peu près impossible dans sa courbure; et cependant, si l'on s'écarte de ce précepte, la plus légère déviation du dard blesse des organes im-

portants, tels que le rectum, les vésicules séminales; il ouvre des vaisseaux, et occasionne des épanchements urineux.

La probabilité de ces accidents a fait renoncer à l'usage de ce dard, et quelques chirurgiens lui ont préféré une sonde de moyenne grosseur, à parois épaisses et solides, et terminée par une pointe. Connue sous le nom de *sonde conique*, elle est employée pour faire une opération qui a été nommée *cathétérisme forcé*.

Reconnaissant l'utilité de cette opération dans quelques cas particuliers contre lesquels les autres méthodes ont échoué, et appréciant ses dangers, M. Leroy a cru pouvoir la faire rentrer dans la pratique par une modification, entrevue déjà à la fin du dernier siècle.

L'opération de M. Leroy, qu'il appelle méthode mixte, consiste à traverser l'obstacle avec une sonde en forme de trocart, en le dépassant seulement d'un centimètre; il retire la pointe et il laisse dans l'obstacle une canule ouverte aux deux bouts, qui sert à conduire une sonde flexible dans la vessie. (Urologie, p. 397.)

Cette sonde à cône mobile doit être moins longue que la sonde flexible, afin de pouvoir la dégager et l'extraire isolément.

Nous avons vu que Viguerie, de Toulouse, s'était servi déjà d'une canule dépassant le rétrécissement, et servant à introduire une sonde flexible dans la vessie, après avoir retiré le trocart.

Chopart, qui blâmait l'emploi du trocart dans les rétrécissements siégeant à la courbure, a donné le conseil de s'en servir, lorsqu'ils sont placés dans la portion pénienne de l'urètre, comprise entre le gland et la courbure : « Après avoir percé l'obstacle, et retiré le trocart, dit ce chirurgien, il faut passer une sonde élastique dans la canule, qu'on ôte ensuite. » (Traité des voies urinaires, t. II, p. 329).

La modification faite par M. Leroy donne à cette opération plus de certitude, et elle diminue les chances de dangers ; nous pensons qu'elle peut être utilement employée, et qu'elle peut remplacer le *cathétérisme forcé*, abandonné complétement aujourd'hui; et comme le fait judicieusement remarquer M. le professeur Cruveilhier, « les chirurgiens n'ont plus de nos jours la sotte vanité de vouloir pénétrer, bon gré, mal gré, dans toutes les vessies; comme si la connaissance la plus profonde de la direction du canal, l'habileté la plus grande dans le cathétérisme, pouvaient mettre à l'abri des fausses routes ! » (Anat. pathol., t. II, p. 581.)

Il est nécessaire de faire remarquer que ce qui vient d'être dit concerne seulement les malades qui peuvent encore évacuer l'urine

par des fistules, et non pas ceux qui sont en proie aux angoisses de la rétention. Dans cette situation, après avoir reconnu l'impossibilité d'arriver à la vessie par les voies naturelles, il vaut mieux faire la ponction suspubienne, qui soulage immédiatement le malade, que de lui faire courir les chances d'une opération longue, difficile, dont les tâtonnements inévitables prolongent les souffrances, et qui, en cas de non réussite, compromet le succès de la ponction.

(La fin au prochain numéro).

CHIMIE ET PHARMACIE.

Avantages de la glycérine et des sels de morphine substitués au mucilage et au laudanum qui entrent dans la composition des collyres et des injections.

Par M. Dannecy, pharmacien des hôpitaux civils, à Bordeaux.

L'usage généralement adopté d'introduire, dans quelques préparations, les collyres en particulier, une certaine quantité de mucilage dans le but de fixer les sels métalliques qui en font partie et de prolonger leur action sur les parties malades, offre de graves inconvénients que les praticiens ignorent, mais que les pharmaciens constatent sans pouvoir y remédier. Leur devoir est, en effet, d'exécuter les formules qui leur sont présentées, quelque vicieuses qu'elles soient ; l'usage et le temps qui les a consacrées semblent les protéger d'ailleurs contre toute modification rationnelle. Je ne prétends pas dire qu'il faille rejeter, ou même modifier ces préparations acceptées par tous, et dont la pratique a constaté les bons effets. Cette thèse sur la nécessité de conserver intactes des formules en apparence défectueuses a été soutenue avec succès par un jeune pharmacien, trop prématurément enlevé à la science. En se faisant le champion des formules traditionnelles, M. Polyd. Boullay a démontré que ces préparations toujours faites dans les mêmes conditions (d'erreur, si vous voulez l'admettre) constituaient des médicaments définis, ayant une action constante, parfaitement connue, et qu'en modifiant leur mode de préparation et en rejetant de leur composition telle ou telle substance comme inerte ou inutile, on en changeait la nature et on en faisait un remède nouveau et qu'il fallait étudier. J'accepte ce principe ; aussi n'est-ce pas en vue des préparations officinales et des formules inscrites dans les traités ayant cours, que je viens conseiller la substitution de la glycérine aux mucilages dans les collyres, les injections, et autres préparations où l'on fait entrer

des sels métalliques, mais seulement en ce qui concerne les prescriptions magistrales formulées chaque jour par les praticiens.

Le motif sur lequel j'appuie ma proposition est que les sels métalliques précipitent le mucilage en se précipitant eux-mêmes en quantité correspondante et ne laissent, dans les préparations indiquées, qu'une quantité de sel indéterminée, et même indéterminable, puisqu'elle sera toujours proportionnelle à la quantité de mucilage décomposé. Ainsi, il m'est arrivé souvent de préparer avec du sulfate de cuivre des collyres, dans lesquels l'addition de la quantité de mucilage prescrit ne laissait pas trace du sel de cuivre en dissolution ; ensuite le précipité cohérent qui se formait en rendait l'emploi désagréable, sinon dangereux.

Il restait à savoir si la substitution de la glycérine que je propose n'apportait pas de modification dans l'action thérapeutique de ces médicaments. Voici ce que l'expérimentation a prouvé en ce qui concerne le collyre boraté.

M. F. Dubois, ancien chef de clinique du docteur Sichel, a fondé à Bordeaux, depuis plusieurs années, un dispensaire pour les maladies des yeux, dans lequel de nombreux malades viennent recevoir ses soins et ses conseils. Ce médecin emploie plusieurs prescriptions de son habile maître, parmi lesquelles se trouve le collyre au borax, dont la recette est inscrite depuis longtemps dans tous les formulaires. Cette formule, disons-le, présente, par l'addition du mucilage de semence de coings, l'inconvénient dont nous venons de parler plus haut, et qui en fait un médicament d'une irrégularité fâcheuse; et c'est dans le but d'y remédier que j'ai proposé à M. Dubois la substitution de la glycérine dans ce collyre, devenu aujourd'hui si utile pour la terminaison des ophthalmies, et si populaire dans nos contrées méridionales qu'il est constamment demandé sous le nom de ce praticien, et très-souvent ordonné par bien des médecins qui ont été à même d'en bien étudier la valeur. Cette modification est d'autant plus heureuse qu'elle permet de conserver pendant fort longtemps ce collyre sans altération appréciable; aussi M. Dubois, convaincu par l'expérience et les succès que son emploi lui a valus sur les malades qu'il reçoit à sa clinique, m'a-t-il engagé à rendre publique la formule de ce collyre, appelé, selon ses convictions, à prendre rang parmi les meilleures qu'offre la thérapeutique oculaire :

Pr.	Borax.	1 gramme.
	Glycérine blanche.	10 grammes.
	Eau de laurier-cerise.	5 grammes.
	Eau distillée.	84 grammes.

Dissolvez pour un collyre.

J'ai choisi cette formule parmi un grand nombre de prescriptions qui, tout aussi bien que ce collyre, exigeaient la substitution de la glycérine au mucilage de semences de coings, de lin, de psyllium, et pourraient ainsi, par cette précieuse modification, devenir des formules complétement rationnelles, expression heureuse dont notre savant maître, M. Mialhe, s'est servi pour désigner les préparations dans lesquelles tous les éléments qui les constituent ont conservé sans altération leur propriété individuelle.

Mais là ne s'arrêtent pas les modifications que je propose pour apporter dans les nouvelles formules le bénéfice du progrès de l'art de formuler, trop entaché des anciennes routines; respectons, s'il le faut, les vieilles formules que le temps a consacrées et dont l'expérience a sanctionné les bons effets, mais acceptons aussi le bénéfice du progrès pour les formules nouvelles auxquelles le temps, la science et la raison viendront aussi apporter leur sanction.

Les deux laudanums de Rousseau et de Sydenham, si souvent employés comme correctifs de l'action irritante que les dissolutions salines provoquent sur les muqueuses, et souvent aussi pour ajouter leur action sédative à celle des médicaments qui leur sont associés, manquent souvent le but que l'on se propose d'obtenir. Le précipité qui se forme aux dépens de l'une et de l'autre de ces préparations les entraîne avec lui en tout ou en partie; on comprend comment un tel médicament est infidèle et combien son action est peu sûre. C'est pour obvier à cet inconvénient que je crois pouvoir proposer de substituer, dans ces cas, les sels de morphine aux laudanums. Ainsi, pour obtenir une injection astringente et calmante, si utile dans une certaine période de la blennorrhagie, je proposerai la formule rationnelle suivante :

Eau de pin gommée.	150 grammes.
Acétate de zinc.	1 gramme.
Chlorhydrate de morphine.	20 centigrammes.

Mêlez pour une injection.

Dans cette formule, chacun des éléments a conservé ses propriétés thérapeutiques spéciales et ne subit aucune modification de la part des autres composants.

Des propriétés médicales de l'eau phosphorée, et de sa composition chimique.

Que la propriété lumineuse du phosphore soit due seulement à sa volatilité, comme le dit Berzélius, ou qu'elle soit le résultat de son oxydation, comme le pense Fischer, toujours est-il que cette phos-

phorescence cesse sitôt que l'oxygène n'est plus en contact avec ce métalloïde. Aussi est-on forcé de conserver le métalloïde dans des vases en verre noir, remplis d'eau, dont on a, autant que possible, chassé l'air atmosphérique. Malgré cette précaution, il s'opère avec le temps une réaction chimique au détriment de ce liquide, qui devient fortement acide et presque toujours phosphorescent.

En découvrant le phosphore, les chimistes Brandt et Künckel ont doté la thérapeutique d'un médicament remarquable par ses propriétés stimulantes, et si les médecins français n'en font pas un plus grand emploi, c'est qu'il est devenu d'une manipulation et d'une application aussi difficile que dangereuse, parce que n'étant pas soluble dans l'eau, on ne peut le diviser que d'une manière imparfaite, à moins d'avoir recours au sulfure de carbone, à l'alcool rectifié, aux éthers ou aux corps gras, dans lesquels il est un peu soluble.

Frappés des caractères physiques et chimiques que présente l'eau dans laquelle le phosphore a séjourné, nous avons pensé que cette eau devait jouir de propriétés médicales analogues au corps lui-même; pour nous en assurer, nous avons administré cette eau à des chiens et à des lapins, à doses fractionnées, et nous avons reconnu que ces effets ressemblent à ceux que produisent la teinture éthérée de phosphore prise à l'intérieur, ou l'huile du même nom appliquée en frictions à l'extérieur. Dès lors, pourquoi l'eau phosphorée n'entrerait-elle pas dans la thérapeutique médicale, du moment qu'on a la certitude d'administrer un agent actif dont on peut déterminer les doses d'une manière à peu près certaine, avec facilité de les graduer à volonté? L'expérience sur l'homme peut seule résoudre la question.

On prépare l'eau phosphorée de la manière suivante :

On met dans un matras en verre, d'une vaste capacité, 250 grammes d'eau distillée parfaitement aérée; on suspend dans ce matras, au moyen d'un fil d'une longueur suffisante pour ne pas toucher le liquide, 40 centigrammes de phosphore placés sur une petite plaque de verre. Après quelques heures de repos, et sous l'influence d'une légère élévation de température, le phosphore se volatilise et occupe tout l'espace intérieur du ballon sous forme de vapeurs blanches et d'acide phosphorique; il y a décomposition de l'air atmosphérique, et du gaz azote est mis à nu. On retire le fil et le fragment de verre qui y est attaché; on bouche hermétiquement le vase, puis on l'agite jusqu'à ce qu'il ait repris sa transparence ordinaire. S'il restait encore du phosphore sur la plaque, on remettrait le petit appa-

reil dans le flacon. On agit ainsi jusqu'à la volatilisation complète du phosphore, qui est d'autant plus rapide qu'on y introduit de nouvelles quantités d'air.

L'eau phosphorée doit être conservée dans des flacons en verre noir bouchés à l'émeri ; 30 grammes de ce liquide doivent contenir 5 centigrammes de principe actif. Le phosphore s'y trouve ou interposé ou à l'état d'acide phosphorique, selon qu'on a procédé ; moins on a introduit d'air dans le matras, plus le métalloïde reste à l'état phosphorescent ; il est à l'état de combinaison, si on l'a mis en contact avec l'air.

L'eau phosphorée précipite par les sels de plomb et d'argent; elle prend une teinte noirâtre par l'addition de sels de cuivre. L'ammoniaque précipite également le phosphore; ce réactif possède de plus la propriété de faire cesser la phosphorescence du liquide, comme l'a constaté Lipowitz. Le phosphate d'ammoniaque obtenu par ce procédé peut avantageusement remplacer celui qu'on obtient par double décomposition et être prescrit dans la diathèse rhumatismale, comme l'a préconisé Edwards, ou dans la gravelle, comme l'ont fait Bukler et Mattée.

Avec de l'eau de chaux titrée, on a la possibilité d'apprécier la quantité de phosphore ou d'acide phosphorique que l'eau médicamenteuse peut contenir, soit en interposition, soit à l'état de sel ; elle forme, en effet, un précipité blanc floconneux, demi-translucide, qui peut être recueilli sur un filtre, lavé et séché. Ce précipité est soluble avec effervescence dans l'acide nitrique.

L'eau phosphorée peut être administrée sur du sucre, dans de l'eau simple ou sucrée, dans un julep gommeux, dans une infusion aromatique ou mucilagineuse; on la donne froide. La dose varie selon l'âge, le sexe, ou le tempérament du malade ; elle présente un avantage très-grand sur la teinture éthérée de ce métalloïde, puisque lorsqu'on ajoute cette teinture dans une potion, le phosphore se désunit et tombe à l'état pulvérulent, ce qui peut occasionner de graves dangers, et même la mort.

Le contre-poison des préparations phosphorées est l'eau chargée de craie, ou de magnésie calcinée, ou de blancs d'œuf ; on administre ensuite des boissons émollientes en grande abondance.

STANISLAS MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Glossite parenchymateuse mercurielle. — Imminence de suffocation. — Incisions larges et multiples. — Guérison.

L'observation que je vais rapporter présente un double intérêt : elle est curieuse d'abord au point de vue pathologique, mais elle a surtout un grand intérêt thérapeutique, en ce sens qu'elle démontre de la manière la plus évidente l'efficacité d'un moyen que les praticiens, mis en présence de cas semblables, préféreront toujours à la trachéotomie.

Au point de vue pathologique, en effet, je ne sache pas qu'on ait eu de fréquentes occasions de rencontrer la glossite parenchymateuse d'emblée, consécutivement à l'emploi des préparations hydrargyriques. Dans l'immense majorité des cas, l'affection commence par les gencives pour s'étendre de là à la muqueuse buccale tout entière. Ce n'est que dans des cas exceptionnels, et à une période avancée de la maladie, qu'on a vu l'inflammation s'étendre au tissu de la langue, et encore le développement des glandes sous-maxillaires, sublinguales, parotides, précédait-il le plus souvent la tuméfaction de l'organe lingual. C'était, en un mot, par la langue que le mal finissait ; quand celle-ci était atteinte, ce n'était jamais par elle qu'il débutait.

Sur le malade, au contraire, dont je vais rapporter l'observation, la langue a été le premier et le seul organe envahi, et le gonflement dont elle a été le siége a été si considérable et si rapide que la respiration a été aussitôt compromise et la mort s'en fût infailliblement suivie, si, par une intervention aussi prompte qu'énergique, on n'eût levé l'obstacle qui s'opposait au passage de l'air extérieur.

Au point de vue thérapeutique, l'exposé des faits prouvera tout ce qu'on peut attendre du moyen qui a été mis en usage dans ce cas particulier ; mais pour ne pas anticiper sur ce que nous avons à dire concernant ce point important de pratique, faisons tout d'abord connaître l'observation.

Trouquet (Alphonse), vingt-sept ans, boucher, entre à l'hôpital du Midi, le 23 décembre 1857, salle 8, n° 13.

Deux chancres indurés sur le prépuce, pléiades inguinales à peine marquées ; ganglions cervicaux non engorgés. On prescrit 25 grammes par jour d'une solution composée de :

Sublimé corrosif...........	40 centigrammes.
Chlorure d'ammoniaque......	2 grammes.
Eau distillée................	1 litre.

Lotions chlorurées sur les chancres; pansement avec le coton cardé.

Le 28 décembre, la dose de la solution chloro-mercurique est portée à 30 grammes.

Le 11 janvier 1858. La langue paraît large, humide, blanchâtre; un peu de gêne dans la déglutition. A l'examen du fond de la bouche, on trouve la langue un peu épaissie à sa base, au niveau des angles de la mâchoire inférieure. Les gencives sont intactes, les dents bonnes; point de salivation. On suspend néanmoins la solution de sublimé; gargarisme avec 4 grammes de chlorate de potasse; eau de Sedlitz. Quatre selles abondantes.

Le même jour, à deux heures de l'après-midi, la langue est devenue assez volumineuse pour remplir la totalité de la cavité buccale, rendre la déglutition extrêmement difficile et l'emploi du gargarisme impossible. Des mucosités filantes très-épaisses s'écoulent de la bouche sans pouvoir être expulsées. Si le malade se place dans la position horizontale, ces mucosités tombent dans le pharynx et produisent des accès de suffocation.

La position assise est la seule possible, et n'exclut même pas les accès de suffocation. Lorsque ceux-ci se produisent, le malade se livre à des efforts désordonnés pour rejeter les mucosités qui glissent malgré lui dans l'arrière-bouche.

L'examen de la cavité buccale est totalement impossible, celle-ci ne suffisant plus à contenir l'organe lingual. On peut néanmoins facilement se convaincre que la tuméfaction a marché dans le sens antéro-postérieur de la base à la pointe de la langue, et qu'elle est beaucoup plus considérable dans la moitié postérieure que dans la moitié antérieure. — Pédiluves sinapisés.

Le 12 janvier. Le gonflement a encore fait des progrès pendant la nuit; la pression est très-douloureuse autour de la mâchoire. Les accès de suffocation sont plus fréquents et ont acquis une violence extrême. La salive s'écoule en presque totalité par le pharynx. On essaye de faire prendre au malade quelques cuillerées d'un vomitif; impossible d'y parvenir.

Quarante sangsues sont appliquées aux angles de la mâchoire et donnent lieu à un écoulement de sang très-abondant, mais sans amener aucune amélioration.

Les accès de suffocation se succèdent alors sans interruption. Le malade est dans une agitation extrême; il fait des efforts désespérés pour se débarrasser des mucosités qui tombent dans l'arrière-bouche.

Sur les conseils de M. Cullerier, trois incisions, longues de 5 cen-

timètres environ, sont pratiquées à la face supérieure de la langue, et dans le sens antéro-postérieur. Le sang qui s'écoule des plaies se mêle à la salive et tombe dans le pharynx, ce qui contribue momentanément à accroître la gêne de la respiration.

Deux autres incisions très-profondes sont faites aussitôt sur la face inférieure de la langue et donnent issue à une abondante quantité de sang. Deux crachoirs, c'est-à-dire environ trois quarts de litre, sont remplis par le liquide sanguin dans l'espace de cinq minutes.

Cette perte de sang, qui d'ailleurs n'a pas tardé à se modérer, a procuré au malade un soulagement presque instantané et a amené une diminution tellement rapide du volume de la langue que, moins d'une demi-heure après l'opération, un gargarisme fait avec le chlorate de potasse a pu être facilement employé.

Le reste de la journée et la nuit se sont passés sans accident. La gêne de la respiration avait entièrement cessé. Il n'y a eu cependant que deux heures de sommeil.

Le lendemain matin, le malade avait recouvré l'usage de la parole et la liberté des mouvements de l'organe lingual. — Même gargarisme.

Le 13. La langue est revenue à son volume normal. Pas de salivation mercurielle. Les plaies d'incision se sont réunies par première intention, à l'exception d'une seule dont les bords restent un peu écartés.

Le 15 janvier, la guérison était complète.

Le malade est resté encore près d'un mois dans nos salles pour se guérir des accidents syphilitiques qui avaient déterminé son entrée à l'hôpital.

Au moment de sa sortie, il était impossible à l'œil le plus exercé d'apercevoir la trace des incisions. Il ne restait d'autre témoignage de l'opération qu'un petit trombus situé à la face inférieure de la langue et au voisinage de la pointe. Je ne saurais mieux comparer le résultat thérapeutique des incisions longues et multiples qui ont été pratiquées dans le cas particulier qu'aux résultats ordinaires de la trachéotomie.

Il est difficile, en effet, d'espérer une rapidité d'action plus grande que celle qui a été observée. En moins de cinq minutes, grâce à l'abondant écoulement de sang qu'on a obtenu, la langue était dégorgée et la liberté rendue aux voies respiratoires. Au point de vue de la promptitude du résultat, les incisions n'auraient donc, en pareil cas, rien à envier à la trachéotomie.

Mais elles ont sur la trachéotomie une supériorité réelle, si l'on se place au point de vue de la cure radicale de l'affection.

Dans le cas que nous avons rapporté, aussi bien d'ailleurs que dans tous les cas où l'on pratique la trachéotomie, cette dernière opération n'eût été qu'un palliatif. Elle n'eût servi qu'à combattre un phénomène de la maladie, la suffocation. Mais, l'opération pratiquée, la maladie primitive persistait, comme elle persiste avec toutes ses conséquences dans le croup, l'œdème de la glotte, etc. Sans doute il y a lieu de croire que le développement de la langue se fût arrêté dans ses progrès, et qu'au bout d'un temps plus ou moins long l'organe fût revenu à son volume normal; mais combien de temps cet état, qui ne permettait l'ingestion d'aucune espèce de liquide, eût-il persisté? Comment l'économie se fût-elle accommodée de la diète forcée qui en eût été la conséquence? Comment le malade eût-il supporté cette sorte de cachexie dans laquelle tombent tous les sujets qui n'avalent plus que des mucosités filantes, plus ou moins altérées, ainsi que cela a lieu à la suite de l'ablation de la langue par la ligature? Nous ne pouvons guère le prévoir, car je ne connais dans la science aucun cas semblable à celui que je rapporte.

On eût pratiqué plus tard les incisions multiples, me dira-t-on. Mais alors, pourquoi ne pas employer tout de suite un moyen auquel vous serez obligé de recourir ultérieurement?

Evidemment l'avantage des incisions sur la trachéotomie est ici on ne peut plus marqué. La seule objection qu'on pourrait adresser aux incisions serait la crainte de l'hémorrhagie et la difficulté de l'arrêter dans une cavité remplie tout entière par l'organe lingual. Mais je ferai observer : 1° que chez notre malade, l'écoulement sanguin, très-abondant dans les premières minutes, était presque complétement arrêté au bout d'une demi-heure; 2° que ce danger, en admettant qu'il soit réel, ne pourra être évité s'il faut, tôt ou tard, pour guérir la glossite parenchymateuse, recourir aux incisions, qui constituent une méthode curative de traitement, tandis que la trachéotomie n'est, nous le répétons, qu'une méthode palliative.

Je vais plus loin et je dis que, quand bien même, au point de vue de la curation, la trachéotomie et les incisions multiples auraient une égale valeur, la supériorité serait encore du côté des incisions, en ce sens que le praticien le plus humble n'hésitera pas à pratiquer ces dernières, tandis qu'il reculera, soit par défiance de son habileté opératoire, soit faute de l'appareil instrumental nécessaire, devant la trachéotomie.

C'est pour toutes ces raisons que nous avons cru rendre service

aux médecins, en publiant le fait que nous venons de rapporter. Je prouve, en effet, et c'est la conclusion pratique dans laquelle nous résumerons les réflexions qui précèdent : 1° que les incisions larges et multipliées constituent un excellent moyen de mettre fin aux accès de suffocation que peut amener la glossite parenchymateuse mercurielle ; 2° qu'elles sont, en réalité, la meilleure méthode de traitement curatif, puisqu'elles peuvent, en moins de quarante-huit heures, amener la guérison radicale de cette maladie.

Dr HERVIEUX,
Médecin du bureau central.

BIBLIOGRAPHIE.

Nouveaux éléments de pathologie générale et de séméiologie, par M. BOUCHUT, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie, lauréat de l'Institut de France, chevalier de la Légion d'honneur, etc.; illustrés de figures d'anatomie pathologique générale, intercalées dans le texte.

Le vitalisme est décidément en voie de progrès, même au sein de l'Ecole de médecine de Paris : parmi les représentants les plus intelligents de cette école, il en est peu qui, tout en maintenant la plupart de ses dogmes, n'en tempèrent au moins ce qu'ils offrent de trop absolu, en plaçant au delà de la matière une force qui se la subordonne, une cause sans laquelle les actes de la vie ne peuvent être conçus. Plusieurs s'arrêtent à cette conception, et l'oublient presque constamment, lorsqu'il s'agit d'étudier la vie dans ses manifestations morbides, comme dans ses manifestations physiologiques : mais, à côté de ces éléates de la pathologie, il y a des hommes mieux inspirés et plus conséquents, qui, dans les actes de la vie morbide, étudient et la déviation des forces vitales, et les altérations matérielles qui précèdent ces déviations, les accompagnent et les suivent. M. Bouchut s'est hardiment placé dans cette intelligente phalange, et nous l'en félicitons. Nous lui marchanderons d'autant moins nos éloges à cet égard, si peu qu'ils vaillent, que son intention, en publiant ce livre, est de s'adresser surtout aux nouveaux adeptes de la science médicale, et de les préparer, par un exposé méthodique des principes généraux qui gouvernent la médecine, à l'étude pratique des faits sur lesquels porte l'observation quotidienne. Nous disons que c'est là une préparation utile et saine à l'esprit : rien de plus facile à comprendre. Suivez par la pensée les jeunes intelligences, plus ou moins bien préparées par leurs études

antérieures, qui vont aborder l'étude des sciences médicales : obéissant à l'instinct qui nous conduit tous, et à l'ensorcellement duquel le plus petit nombre parvient enfin lentement à se soustraire, presque toutes concentrent leur attention sur le côté de la maladie qui tombe sous les sens; le reste pour elles se perd dans l'ombre. Je dis que ce résultat, nous y inclinons tous par une sorte d'impulsion naturelle : mais combien plus sûrement encore y arrivons-nous, quand l'enseignement didactique de l'école nous y conduit lui-même ! Le livre de M. Bouchut nous paraît appelé à lutter heureusement contre ces tendances, en mettant en vive lumière les vérités, ou nettement établies, ou pressenties seulement, qu'une telle disposition d'esprit ou un enseignement défectueux laissent dans l'ombre : qu'il soit donc le bienvenu, et puisse sa fortune, dans le monde médical, répondre à l'idée élevée que nous nous en formons, dans l'humilité de notre appréciation !

Dès les premières pages de son livre, M. Bouchut va droit à l'ennemi et l'attaque. Ecoutez-le, nous aimons cette manière nette de dégainer en face de l'erreur : « Il n'est pas de maladie, dit-il, sans un désordre primitif de la puissance régulatrice des mouvements vitaux organiques. Il est impossible de rien comprendre à son développement, sans faire la part de cette modification première, en vertu de laquelle les fonctions de circulation, d'absorption, d'exhalation, de *sentiment du tissu affecté*, en même temps que sa texture intime, se troublent d'une manière plus ou moins apparente (1). Cette modification qu'on a trop oubliée, mais c'est la vie elle-même, manifeste dans sa réaction par l'intermédiaire de l'*impressibilité* et de la *sensibilité* variable des tissus. Supprimer ce terme, c'est décapiter la pathologie, et il ne reste plus à étudier, eu médecine, que les états organo-pathiques, matériellement appréciables pour les sens, et indépendants des causes qui les engendrent. Une phlegmasie se développe : elle est la réaction de la *faculté impressible* d'un organe contre une influence morbide quelconque. Que se passe-t-il? Les fonctions de circulation se troublent, la nutrition se modifie, la texture s'altère, et l'état phlegmasique est constitué. Qui ne voit, dans cette lésion organique, l'effet matériel d'une altération première des forces qui président au développement et au maintien des formes du corps vivant? Il en est partout de même, et il suffit d'un

(1) Il est facile de saisir ici la pensée de l'auteur; mais nous lui demandons la permission de lui faire remarquer que cette pensée se dégage mal dans cette période un peu longue, et surtout un peu incorrecte. Que cette remarque soit légère à notre savant confrère !

peu de réflexion pour s'en convaincre. Dès à présent, je dis donc ce que j'essayerai de démontrer plus tard : *les maladies sont des impressions transformées.* » Voilà qui est, j'espère, se poser carrément ; j'aime ces paroles accentuées ; je n'ai aucune confiance aux cocardes à moitié effacées : on ne sait si vous êtes guelfe ou gibelin, ligueur ou huguenot.

Si, dans le passage du livre du médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie que nous venons de citer, nous avons souligné quelques mots, ce n'est pas sans dessein. C'est là en effet que se traduit la pensée de l'auteur sur une des questions fondamentales de la pathologie générale, et qui se pose en ces termes : qu'est-ce que la maladie ? Toute simple que soit cette question en apparence, elle n'en demanderait pas moins, pour être résolue, un espace infiniment plus étendu que celui dont nous pouvons disposer ici. Nous nous contenterons donc, à cet égard, d'avoir souligné dans le passage qui précède quelques mots qui la traduisent, pour laisser pressentir la pensée de M. Bouchut sur ce point capital.

Pour saisir celle-ci dans la généralité de la notion qu'elle embrasse, il faut surtout lire et méditer la première partie des *Nouveaux éléments de pathologie générale* : c'est là que l'auteur expose les phases diverses par lesquelles a passé successivement cette notion, pour pouvoir s'exprimer par une définition encore obscure assurément, mais incontestablement plus complète, telle que la pourraient proposer les pathologistes contemporains. Cette discussion capitale terminée, M. Bouchut traite des causes de la maladie dans leurs rapports avec les influences cosmiques générales, avec l'âge, le sexe, la constitution, l'hérédité, etc. Ici encore, et au même point de vue de l'étiologie générale, sont étudiés les poisons, les venins, les miasmes, les virus, les endémies, l'infection, la contagion, la spécificité, les diathèses, etc. Puis la maladie est étudiée dans ses formes générales, suivie dans son évolution, etc. C'est là encore enfin que sont exposées les lois générales de la thérapeutique, et que les principales médications sont appréciées dans leur influence essentielle sur l'organisme vivant.

Nous regrettons de ne pouvoir suivre l'auteur dans le travail immense qu'un tel programme suppose. Sur beaucoup de points, nous n'aurions que des éloges à lui donner, et nous serions heureux de les lui donner. Mais sur quelques points aussi, nous oserions n'être pas de son avis. Comme spécimen de cette dissidence, qu'il nous permette de lui dire, par exemple, qu'il nous semble avoir été malheureusement inspiré, en soumettant la diathèse scrofuleuse à la

loi trinaire que M. Ricord inventa jadis pour exprimer l'évolution dans le temps du tempérament syphilitique. Tout cela, en face de la vie, de ses revirements imprévus, de ses voies insolites, de ses anomalies, même au sein de l'ordre physiologique le plus parfait, tout cela est impossible, tout cet ordre prétendu n'est point dans la nature. Ce sont nos petites symétries que nous mettons à la place de l'ordre vrai. Ce n'est point là la vérité. Parmi les nombreuses diathèses qu'étudie avec un soin extrême M. Bouchut, nous en distinguons une que l'auteur s'est bien gardé d'omettre, et il a eu raison, c'est l'herpétisme. Nous ne savons comment la chimie, l'anatomie pathologique s'arrangent de cette disposition singulière de l'organisme à l'efflorescence herpétique; mais ce que nous savons bien, c'est que c'est là un fait aussi clair que le jour, et qui nous semble appelé à projeter de vives lumières sur plus d'une question obscure de la pathologie. Nous le répétons donc, le médecin de Sainte-Eugénie a eu raison de donner place dans son livre à une diathèse aussi accusée, aussi nettement tranchée que celle-là.

Ces notions générales sobrement, quoique clairement exposées, M. Bouchut développe, dans une seconde partie non moins intéressante que la première, les maladies élémentaires générales qui servent de base à la formation des principales classes morbides. C'est ici qu'il étudie tour à tour les fièvres, les inflammations, les hémorrhagies, les hydropisies, les gangrènes, les flux, les pneumatoses, les nosorganies (nous aimerions mieux le mot *parasitisme*, ou *maladies parisitaires*, tout ce qui nous rappelle un certain *onomasticon* nous agace), et les névroses. Enfin, c'est ici qu'il traite des lésions homœomorphes, ou hétéromorphes, telles que l'atrophie, l'hypertrophie, les épithéliomas, le cancer, le cancroïde, le tubercule, etc., que l'anatomie pathologique présente si souvent à l'observation. C'est ici encore que l'auteur fait la part de la micrologie, part qui ne nous paraît point exagérée.

M. Bouchut termine le cycle immense de son étude, en traitant de la séméiotique, cette partie brillante de la science, qui doit tant aux recherches modernes, et sans une connaissance approfondie de laquelle le médecin, comme nous l'avons dit ailleurs, ne fait que de la médecine de hasard. M. Bouchut appartient à cette phalange de jeunes médecins qui se renouvelle incessamment à Paris, et qui sait, pendant dix, quinze ans de sa vie, se consacrer exclusivement au culte de la science. Ces hommes dévoués, dans quelque position que les placent plus tard les hasards de la vie, restent toujours des praticiens habiles, en ce sens au moins qu'aucune des difficul-

tés du diagnostic ne les arrête, et qu'ils vont dans cette direction aussi loin que le permet l'état de la science. Il suffit de lire cette partie de l'ouvrage de M. Bouchut, pour s'assurer qu'il appartient en effet à cette petite armée de travailleurs infatigables qui ne s'arrêtent que là où le monde finit, c'est-à-dire qui ne s'arrêtent pas. Toute cette partie délicate de la pathologie est traitée avec une netteté d'appréciation qui ne laisse rien à désirer. Peut-être la séméiologie ne doit-elle se montrer que d'une manière plus discrète dans un traité de pathologie générale : mais si la logique scientifique s'en formalise, ceux à qui ces éléments sont principalement destinés ne s'en plaindront pas, nous en sommes sûr.

Nous avons encore remarqué dans ce livre une innovation dont les puristes de la science pourraient se choquer : cette innovation consiste en un certain nombre d'observations particulières qui sont jetées et çà et là. Pour nous qui aimons mieux que certains principes périssent que les colonies, nous absolvons sur ce point complétement notre savant auteur.

On le voit, nous n'avons point hésité à faire un éloge complet de ce livre, surtout au point de vue de la doctrine qui nous a paru un vitalisme nettement accentué. Eh! bien, en finissant, nous nous prenons à éprouver quelques scrupules à cet égard. Elèves, ou maitres de l'école de Paris, on les voit souvent faire sur ce point des professions de foi aussi explicites : mais feuilletez le livre, étudiez-le de plus près, vous les verrez souvent par un détour imprévu revenir au pur et franc matérialisme de quelques coryphées de cette école. Nous le confesserons, à la honte de notre perspicacité, nous y avons même quelquefois été pris. Ce désappointement nous a plus d'une fois rappelé un mot de Bayle : ce critique célèbre, après avoir tracé l'histoire de la vie tourmentée d'Ulric de Hutten, fait de ses qualités morales, de ses vertus un éloge senti ; en protestant enthousiaste, il est tout près de canoniser son héros ; mais, vaincu par la vérité, il s'arrête, et avec une mélancolie qui nous fait sourire à cent ans de distance : « Malheureusement, dit-il, il est mort de la vérole. » Nous espérons que M. Bouchut sera fidèle au drapeau qu'il arbore aujourd'hui d'une façon si brillante, et que nous n'aurons point quelque jour à regretter notre canonisation !

BULLETIN DES HOPITAUX.

De l'emploi des injections astringentes dans la cavité utérine comme moyen de traitement des métrorrhagies rebelles. —Les injections dans la cavité utérine sont tombées aujourd'hui dans un discrédit bien justifié, à certains égards, par les faits malheureux dont ces injections ont été suivies dans quelques cas; non pas que nous ajoutions foi au passage du liquide de l'injection dans la cavité péritonéale, mais parce que rien ne nous semble plus facile que la propagation de l'inflammation de la muqueuse du corps de l'utérus au péritoine par la voie toujours ouverte des trompes. Est-ce cependant une raison pour se priver d'une ressource aussi précieuse dans des cas graves et vraiment désespérés? Ne voit-on pas tous les jours dans la pratique obstétricale des substances astringentes, le suc de citron, l'iode même, portés dans la cavité utérine, arrêter des hémorrhagies qui avaient résisté à tous les autres moyens? Et cependant les conditions sont bien autrement graves chez une femme récemment accouchée que dans les cas ordinaires qui peuvent réclamer l'application topique des astringents en dehors de la puerpéralité. Peut-on comparer l'état de turgescence sanguine de l'utérus après l'accouchement avec ses sinus largement béants, ouvrant largement en quelque sorte le système veineux à l'entrée des corps étrangers, avec les congestions sanguines qui peuvent résulter de la présence d'un corps fibreux, de végétations ou de granulations de la muqueuse?...

C'est parce que nous avons trouvé dernièrement dans des recueils étrangers deux faits curieux dans lesquels ces injections astringentes, faites dans la cavité utérine, ont arrêté des hémorrhagies qui mettaient en péril la vie des malades, qu'il nous a semblé utile de revenir sur cette question. Mais nous voulons d'abord laisser la parole aux faits

La première observation a été publiée par M. West, dans ses Leçons cliniques sur les maladies de l'utérus..

Obs. I. *Métrorrhagie datant de plusieurs mois; accidents graves d'anémie et d'épuisement; injection d'acide gallique dans la cavité utérine; guérison.* — Une femme de cinquante et un ans entra à l'hôpital de Middlesex, le 21 septembre 1848, dans le service de M. West. Sa santé, habituellement bonne, avait commencé à décliner un an auparavant, époque à laquelle la menstruation commença à devenir irrégulière et trop fréquente. Au mois d'avril

précédent, elle avait eu une hémorrhagie utérine dont elle avait été guérie à l'hôpital du collége de l'Université ; mais le sang n'avait pas tardé à reparaître après sa sortie de l'hôpital, et depuis cette époque il s'était montré très-souvent.

A son entrée, cette femme était véritablement anémique ; son pouls était petit et sa voix presque imperceptible. Elle accusait des douleurs continuelles dans les régions lombaire et iliaque droites, augmentant après chaque hémorrhagie ; mais l'examen par le vagin ne fit rien découvrir d'anormal du côté de l'utérus, si ce n'est qu'il était plus gros et plus pesant que d'ordinaire. Tous les remèdes astringents et les injections de même nature furent employés avec des succès divers jusqu'au 16 novembre, l'hémorrhagie s'arrêtant quelquefois un jour ou deux pour repartir de nouveau. Ce même jour, l'hémorrhagie fut tellement abondante que l'on crut indispensable de pratiquer le tamponnement. Ce moyen réussit ; mais le 17 novembre, à onze heures du matin (le tampon avait été retiré depuis six heures), l'hémorrhagie reparut et plongea la malade dans le plus grand épuisement. Réappliqué de nouveau pendant douze heures, le tampon put être retiré sans inconvénient, la malade prenant en même temps une infusion de matico qui paraissait suspendre l'écoulement sanguin.

Pendant le mois de novembre et pendant les premiers jours de décembre, l'amélioration persista ; mais, à ce moment, nouveau retour de l'hémorrhagie, constituée par un liquide purulo-sanguinolent ou par l'apparition brusque et subite du sang pur. Avant cette hémorrhagie, la malade accusait toujours une douleur dans l'une ou dans l'autre région iliaque, principalement à droite.

Les remèdes semblaient avoir perdu toute influence, et le 18 décembre, bien que l'hémorrhagie ne fût plus très-abondante, la malade était réduite à un état d'épuisement extrême, le pouls à peine sensible à la radiale, la voix semblable à un souffle, l'estomac rejetant tout, aliments et boissons. L'orifice du col était assez dilaté pour permettre l'introduction de l'index jusqu'à la première phalange, mais son tissu paraissait sain, et au spéculum le col semblait tout à fait à l'état normal. Ce fut alors que 12 grammes d'une solution contenant 1gr,25 d'acide gallique pour 30 grammes d'eau furent injectés dans la cavité utérine, à l'aide d'une sonde de gomme élastique et sans aucune douleur. En même temps, de l'eau-de-vie pure était donnée à la malade pour réparer ses forces, et, aussitôt que son estomac put le permettre, on lui fit prendre toutes les quatre heures une infusion de seigle ergoté.

Il est inutile de détailler le traitement qui fut suivi chaque jour jusqu'à la convalescence; celle-ci se fit attendre longtemps, comme on le comprend. Mais, depuis le moment de l'injection, l'hémorrhagie avait cessé et avait été remplacée par un écoulement puriforme à peine teint de sang; elle reparut seulement le 26 janvier, encore ne fut-elle ni excessive, ni de longue durée. Elle se renouvela encore de temps en temps, à des intervalles d'un peu moins d'un mois, et fut toujours arrêtée aisément. Le 10 avril, la malade quittait définitivement l'hôpital, en très-bon état, mais un peu faible. Nul doute que la vie avait été sauvée par l'injection dans la cavité utérine.

Nous empruntons notre seconde observation à l'un des derniers numéros du Journal des accouchements et des maladies des femmes de Busch.

Obs. II. *Hémorrhagies utérines répétées chez une femme affectée de rétroversion et de polypes muqueux; extirpation des polypes; persistance de l'hémorrhagie pendant sept mois; injection de perchlorure de fer dans la cavité utérine; guérison.* — Une femme veuve, âgée de quarante-cinq ans et mère de cinq enfants, portait depuis plusieurs années, d'après l'avis d'une sage-femme, un pessaire en résine pour contenir un prétendu prolapsus de l'utérus, lorsqu'elle vint consulter M. Breslau, de Munich, pour des douleurs et aussi pour des hémorrhagies qu'elle rapportait à la présence de ce pessaire. Le toucher vaginal lui montra l'utérus un peu abaissé, et de l'orifice entr'ouvert du col de l'utérus, qui était un peu épaissi et fortement déchiré, s'échappaient quinze polypes pédiculés dont le plus gros avait le volume d'une mûre; derrière la portion vaginale du col et la paroi postérieure du vagin se trouvait une tumeur arrondie, dure, sensible au toucher et mobile, que M. Breslau reconnut tout de suite pour le fond de l'utérus en rétroversion. Le spéculum confirma son premier diagnostic en ce qui concernait les polypes; mais, de plus, le vagin était légèrement excorié dans son fond, et la surface du col, dans les points qui ne touchaient pas aux polypes, était ulcérée et recouverte d'un peu de mucus et de sang.

Pensant que les polypes étaient probablement la cause de ces hémorrhagies répétées, M. Breslau procéda à leur extirpation; il les saisit avec les pinces de Siebold et les détacha avec de fins ciseaux. L'opération ne présenta rien de particulier, et trois ou quatre semaines après, à la suite de cautérisations répétées avec le nitrate d'argent, la cicatrisation de l'ulcération était parfaite, le reste des pédicules des polypes s'était complétement rétracté.

Les écoulements de sang irréguliers, qui survenaient si souvent auparavant, avaient disparu à la suite de l'extirpation des polypes; mais, en revanche, la malade commença à perdre des quantités de sang de plus en plus considérables, à des époques qui revenaient tous les vingt et un jours et qui la maintenaient au lit de cinq à huit jours. Avant les règles, et dans les premières vingt-quatre heures, elle éprouvait toujours de violentes coliques utérines, qui dépendaient probablement de la rétroflexion; car, une fois la menstruation lancée, et dans l'intervalle des époques, les douleurs n'existaient plus, sauf de la pesanteur dans la marche, la station debout et la défécation. La sonde utérine replaçait facilement l'utérus, mais il retombait immédiatement; la cavité était dilatée, car la sonde y évoluait avec facilité; sa longueur était augmentée de deux lignes au moins, son poids plus fort que dans l'état normal.

Pendant plusieurs mois, M. Breslau employa les boissons acides, froides, la position horizontale, sans succès : l'hémorrhagie revenait régulièrement, durait de dix à douze jours, et laissait chaque fois la malade plus anémique. Les pilules d'ergotine et de fer, les douches froides dans le vagin, matin et soir, l'infusion de seigle ergoté et même l'administration du seigle ergoté en poudre, les applications froides sur le ventre, les injections glacées dans le vagin, les lavements laudanisés, les applications de ventouses sèches sur les seins; tous ces moyens, employés du mois de juin au mois de novembre, n'amenèrent aucun résultat. La malade, qui ne gardait pas autrefois le lit dans l'intervalle de ses époques, fut obligée d'y rester, à cause de sa faiblesse croissante, et, au mois de décembre, malgré tous les moyens que l'on put employer, l'hémorrhagie reparut et dura vingt et un jours : tel fut l'affaiblissement produit, que le pouls à la radiale était presque insensible, la peau d'une pâleur mortelle; violents maux de tête, bruits dans les oreilles, vertiges; syncopes pour lesquelles M. Breslau fut obligé de lui placer la tête basse et de lui administrer du vin et de la liqueur anodine d'Hoffmann.

Dans ces circonstances, M. Breslau crut que ce qu'il lui restait à faire, c'était de porter dans la cavité utérine une substance à la fois caustique et antihémorrhagique; il fit choix de la liqueur de sesquichlorure de fer de la pharmacopée de Bavière. En conséquence, le 26 décembre, après avoir d'abord relevé l'utérus avec la sonde, il porta dans la cavité une sonde en gomme élastique de la grosseur d'une sonde utérine, et, après avoir mêlé 45 grammes de sesquichlorure de fer à partie égale d'eau distillée, il injecta lentement le liquide jusque dans la cavité utérine, tandis qu'avec l'extrémité des

doigts portés dans le vagin il pressait sur l'orifice externe autour de la sonde, afin de retenir le liquide dans la cavité. Après une demi-minute il retira le doigt et la sonde, et fit deux injections à grande eau dans le vagin, qui n'en éprouva pas moins une très-forte rétraction. L'injection n'avait donné lieu qu'à des douleurs sourdes, comme des douleurs de coliques, qui se prolongèrent pendant deux heures et ne dépassèrent pas un certain degré d'intensité. L'hémorrhagie, qui durait depuis onze jours, s'arrêta immédiatement et ne reparut plus. Pendant plusieurs jours, la malade rendit des caillots bruns décomposés, mais il n'y eut point d'hémorrhagie. Depuis ce moment, les règles sont toujours revenues au bout de vingt et un ou de vingt-quatre jours, et n'ont jamais duré plus de trois ou quatre jours; la convalescence a été longue; mais le rétablissement a été complet. Il y avait sept mois que les hémorrhagies n'avaient pas reparu lorsque M. Breslau publiait cette observation.

Nous croyons que ces deux faits, et le dernier surtout, parlent assez haut en faveur des injections intra-utérines. Dans les deux cas, et surtout dans le second, les moyens les plus variés avaient été employés avec une rare persévérance. Rien n'y faisait; réduites au dernier degré de l'affaiblissement, les deux malades, surtout celle de M. Breslau, semblaient n'avoir plus qu'à mourir; et, sans aucun accident, sans aucune inflammation, l'injection d'acide gallique ou de perchlorure de fer arrête immédiatement et pour toujours l'hémorrhagie. Sans doute, cette absence d'accidents inflammatoires a tenu en grande partie à l'affaiblissement extrême des malades, qui ne leur fournissait pas les éléments suffisants pour un travail inflammatoire de quelque importance. Aussi pensons-nous que c'est précisément dans les cas extrêmes comme ceux-là, et après avoir épuisé presque tous les moyens, que l'on peut être autorisé à recourir à ces injections.

Mais à quelle substance donner la préférence pour ces injections, à l'acide gallique ou au perchlorure de fer étendu d'eau? On comprend que nous ne pouvons nous décider ici que par analogie; mais notre expérience de l'innocuité des injections de perchlorure de fer dans les vaisseaux nous fait pencher vers ce médicament. Nous nous demandons seulement s'il n'y aurait pas avantage à essayer d'abord, dans les cas de ce genre, la teinture d'iode, qui réussit si bien dans les hémorrhagies utérines puerpérales, sauf à employer, à son défaut, le perchlorure de fer étendu d'eau.

Restent le degré de concentration à donner au liquide et le procédé à suivre pour l'injection : si la liqueur de perchlorure de fer

de la pharmacopée bavaroise est au même titre que celle qui est employée aujourd'hui en France, nous ne pouvons pas ne pas trouver la dose de perchlorure un peu trop élevée, et nous aimerions mieux mêler cette liqueur à deux tiers ou à trois quarts de son poids d'eau.

Quant au procédé à suivre pour l'injection, il est des plus simples : on se sert d'une sonde de gomme élastique, que l'on porte dans la cavité utérine, et d'une petite seringue, en verre ou en ivoire, renfermant la solution médicamenteuse, et dont la canule doit entrer à frottement dans la sonde ; l'injection doit pénétrer lentement, être retenue quelques minutes dans la cavité utérine, à l'aide du doigt qui presse sur le col de l'utérus, et il faut la faire suivre immédiatement d'injections à grande eau, pour enlever ce qui reste du liquide astringent. Du repos et quelques émollients pour prévenir l'inflammation qui peut se développer, tels sont, avec les injections, les seuls moyens à employer.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Aconit. *Son emploi comme moyen préventif des accès de fièvre consécutifs ou cathétérisme urétral.* Tout le monde sait que le cathétérisme urétral donne quelquefois lieu à des accès de fièvre, qui acquièrent dans quelques cas une certaine gravité. Le sulfate de quinine enraye ordinairement assez bien ces accès ; mais son action n'est jamais aussi certaine et aussi sûre dans ce cas que lorsqu'il s'agit d'accès de fièvre intermittente paludéenne ; d'un autre côté, l'état des malades peut être tel qu'il ne soit pas possible de leur administrer ce médicament aux doses élevées nécessaires pour arrêter les accès. Il serait donc très-utile, en pareille circonstance, de pouvoir compter sur un autre médicament qui pût être administré au moins à titre de succédané. D'après M. le docteur James Long, professeur à l'Ecole de médecine de Liverpool, la teinture d'aconit paraîtrait remplir parfaitement cette indication.

Voici les faits qu'il rapporte : « J'avais à traiter récemment, dit-il, trois sujets atteints de rétrécissement de l'urètre, chez lesquels des frissons si violents survenaient après chaque tentative de cathétérisme, qu'il était impossible de réussir à dilater le canal. Les moyens ordinaires étaient impuissants à les prévenir, et l'irritation locale et générale qui suivait chaque introduction de la sonde ne permettait pas de répéter cette opération plus de deux ou trois fois dans le courant de deux semaines. J'eus recours alors à la teinture d'aconit, donnée à la dose de 2 grammes, dans 30 grammes d'eau, immédiatement après le cathétérisme. Chez le premier malade, le médicament fut donné après chaque cathétérisme ; il n'y eut plus de frissons, et le traitement put être poursuivi sans interruption jusqu'à complète guérison. Chez le second, le résultat fut tout aussi avantageux ; une seule fois on ne donna pas la potion ; ce jour-là le malade fut pris d'un frisson, suivi de ses conséquences habituelles. On reprit la teinture, et le frisson ne se répéta pas, quoiqu'on eût laissé la sonde en place pendant plus d'une demi-heure. Dans le troisième cas, qui était le plus grave, il n'y eut pas de frissons, tant que le malade prit de la teinture ; on la supprima, et deux fois on put introduire la sonde sans accident ; mais un troisième essai de cathétérisme fut suivi d'un frisson si violent et de symptômes locaux et généraux si inquiétants, que je n'ai pu y revenir jusqu'à présent. Je conclus que, dans ces trois cas, la teinture d'aconit prévint par ses propriétés sédatives les accès de fièvre et que, dans des cas sembla-

bles, elle pourra rendre d'utiles services.

Nous appelons d'une manière toute spéciale l'attention de nos lecteurs sur les résultats obtenus par notre confrère anglais. Si des faits nombreux venaient confirmer cette action de l'aconit, ce serait une conquête véritable pour la pratique. (*The Liverp. med. ch. Journ.* et *Arch. de méd.*, avril.)

Angines couenneuses (*Tannin et alun en insufflation dans le traitement des*). Nous avons déjà fait connaître à nos lecteurs les procédés de cathétérisme laryngien que M. Loiseau, de Montmartre, fait si heureusement concourir au traitement du croup et des angines couenneuses, soit pour débarrasser les voies aériennes des produits pathologiques qui les obstruent, soit pour porter sur les surfaces malades les caustiques ou autres agents modificateurs. Le choix de ces agents est d'une extrême importance. Ceux auxquels M. Loiseau donne la préférence sont l'alun et le tannin, employés soit simultanément, soit alternativement. Voici comment il expose lui-même sa méthode de traitement : — « Aussitôt que j'ai reconnu la présence de fausses membranes, dit M. Loiseau, je fais faire des insufflations, répétées de quart d'heure en quart d'heure d'abord, et d'heure en heure ensuite, et toujours alternativement tannin et alun ; et, dans la crainte que les insufflations ne pénètrent pas toujours au fond de la gorge, j'y fais directement porter les mêmes poudres, soit avec un morceau d'éponge au bout d'une baleine, soit avec un petit pinceau de charpie. Lorsque le malade peut se gargariser, j'ajoute à ces attouchements de poudres les gargarismes fréquemment répétés avec la solution des mêmes substances, toujours l'une après l'autre. Enfin, lorsque les fausses membranes semblent se rapprocher de l'entrée du larynx, j'injecte de petites quantités des mêmes solutions derrière l'épiglotte, à l'aide d'une petite seringue dont la canule est suffisamment recourbée. Pour maintenir la bouche ouverte pendant cette petite manœuvre et lorsqu'il s'agit d'un enfant indocile, je me sers d'un bâillon à deux branches, en forme de diapason, que l'on peut improviser en recourbant une tringle de rideaux ou tout autre morceau de fil de fer assez résistant. Les branches de cet instrument sont placées entre les arcades dentaires, et l'extrémité en est confiée à un aide. L'enfant est maintenu solidement par deux autres aides, dont l'un le tient assis sur lui, les jambes prises entre ses cuisses et chacune des mains tenue dans chacune des siennes, tandis que le second fixe solidement la tête entre ses deux mains. L'enfant ainsi maintenu, toutes les manœuvres dans l'intérieur de la bouche et même du larynx sont rendues faciles. »

Le plus ordinairement, après quelques heures de l'emploi répété de ces moyens, la déglutition devient possible, la gêne et la douleur diminuent, et, dès le deuxième ou tout au plus le quatrième jour, les fausses membranes disparaissent. M. Loiseau ne cautérise que chez les très-jeunes enfants et seulement l'entrée du larynx, et lorsque cet organe est menacé. Les caustiques ne lui paraissent pas avantageux dans le traitement de l'angine couenneuse. M. Loiseau pense aussi que la partie dénudée après la chute des escarres favorise l'absorption des matières putrides que cette médication est appelée à détruire, car, à l'aide de son emploi, la fétidité de l'haleine disparaît assez promptement.

En résumé, voici les avantages que notre confrère de Montmartre croit devoir attribuer à cette médication : 1° diminution rapide du gonflement et de la douleur ; 2° déglutition rendue promptement possible ; 3° absence de fétidité et, par suite, d'accidents septiques. Il n'ajoute à ce traitement qu'une alimentation aussi tonique que possible : eau rougie et même vin, si le malade peut le supporter. Il évite tout médicament interne, dont le moindre inconvénient, suivant lui, serait d'apporter le dégoût et de retarder l'alimentation, qui seule peut régénérer le sang.

Nous pensons que ce mode de traitement mérite d'être pris en très-sérieuse considération. Il a déjà rendu, entre les mains de son auteur, de très-grands services ; il ne faudrait pas se flatter sans doute d'être toujours aussi heureux que lui, quand on aura affaire à ces épidémies meurtrières qui résistent aux traitements les mieux combinés et les plus énergiques ; mais on pourra espérer du moins d'atténuer un peu le mal. (*Gaz. des hôpit.*, avril 1858.)

Ankylose *de la mâchoire inférieure* ; *nouveau procédé opératoire propre à remédier à l'immobilité de l'os.* Dans les cas d'ankyloses, la première pensée qui vienne à l'esprit du chirurgien pour rendre le mouvement

aux parties est de rompre la soudure osseuse. Le procédé suivant repose sur une idée plus simple et qui répond à tout ce que le malade est en droit d'attendre, en pareil cas, des ressources de l'art.

Un jeune homme avait été affecté, à la suite d'une fièvre typhoïde, d'une ostéite, avec nécrose consécutive de la branche gauche du maxillaire inférieur. Par l'effet du long travail de réparation, abandonné aux efforts de la nature, il s'était établi, de ce côté seulement, une ankylose de l'articulation temporo-maxillaire, si bien que, depuis sept ans, le pauvre garçon, réduit à l'impossibilité de mâcher, ne se sustentait qu'au moyen d'aliments mous et liquides introduits par un intervalle de quelques lignes existant entre les mâchoires, intervalle que, fort heureusement, l'absence d'une dent canine contribuait à agrandir. M. Rizzoli, après avoir séparé, dans ce point, le maxillaire de toutes ses connexions muqueuses et musculaires, pratiqua, à l'aide d'une cisaille, la section de l'os, entre la seconde et la troisième molaire du côté gauche. Par cette opération ingénieusement imitée de celle de Barton pour l'ankylose de l'articulation coxo-fémorale, il fit de la mâchoire inférieure deux fragments : l'un, gauche, plus court, répondant au côté ankylosé, et destiné à demeurer immobile ; l'autre plus long et devant servir à la mastication en jouant sur le précédent par une pseudarthrose. C'est effectivement ce qui eut lieu ; et le malheureux jeune homme put, en fort peu de temps, recouvrer la faculté d'écarter et de rapprocher les mâchoires et d'opérer la mastication de la façon la plus parfaite.

La rupture de l'ankylose dans son siége même, l'articulation temporo-maxillaire, aurait sans doute, comme nous l'avons dit, paru plus régulière en principe. Mais il est douteux qu'elle eût eu, comme opération, des suites ausi peu graves, douteux même qu'elle eût donné des résultats meilleurs que la très-simple et facile section imaginée par le célèbre chirurgien de Bologne. (*Bulletino del. sc. med. di Bologna* et *Gaz. méd. de Lyon*, avril.)

Charpie caustique. *Nouveau traitement des ulcères.* Le nitrate d'argent n'est jamais porté sur les plaies que solide ou en solution. Dans le premier cas, son action est souvent trop vive ; dans le second, elle est parfois trop passagère. M. Riboli a imaginé de faire dissoudre du nitrate d'argent dans une petite quantité d'eau, d'en imbiber des plumasseaux de charpie et de les laisser ensuite sécher. Cette charpie caustique, appliquée sur les ulcères de mauvaise nature, y exerce un effet plus permanent que le médicament à l'état liquide. Et, comme l'auteur a différents degrés de concentration pour sa solution, il peut varier l'énergie de la médication selon les cas, et dans chaque cas selon la période d'évolution à laquelle le mal est arrivé. M. Riboli a guéri par des pansements avec cette charpie un ulcère de l'urètre, siégeant au niveau de la fosse naviculaire, que plusieurs chirurgiens de Paris et de Turin avaient baptisé de *noli me tangere* et traité sans succès. (*Gaz. med. Italiana* et *Gaz. méd. de Lyon*, mars.)

Créosote *contre la dyssenterie.* Trop vantée à une certaine époque, la créosote a été un peu trop oubliée peut-être depuis quelque temps. Elle ne mérite pas plus l'abandon où elle est tombée que les éloges exagérés dont elle a été l'objet. En Amérique, elle paraît être en grande faveur dans le traitement de la dyssenterie ; et, s'il faut en croire ce que rapporte le *New-Orleans and hospital Gazette*, cette faveur serait entièrement justifiée. Voici ce que ce journal rapporte : Dans une contrée où la dyssenterie règne habituellement et prend souvent une forme maligne, M. le docteur Elmer, après avoir essayé tour à tour la plupart des médicaments préconisés contre cette affection, s'est arrêté définitivement à la créosote, dont il donne une goutte toutes les deux heures dans une solution gommeuse. « Les malades, assure-t-il, ont à peine pris la troisième goutte qu'ils éprouvent du soulagement dans les symptômes les plus pénibles. Ce remède paraît arrêter la dyssenterie par une action spécifique sur les muqueuses enflammées. » L'absence de tout autre détail dans le journal auquel nous empruntons cette relation ne permet pas d'apprécier jusqu'à quel point les faits justifient cette assertion. Il est aisé, du reste, l'occasion s'en présentant, de vérifier ce qu'il en est, en suivant le mode d'emploi prescrit. (*Gaz. hebd.*, mars 1858.)

Électricité (*Hémiplégie ancienne (de l'enfance) et kyste tubo-ovarien ; Guérison par l'*). M. le docteur Henri

Van Holsbeek communique au Journal de médecine de Bruxelles l'observation suivante, qui présente de l'intérêt à plusieurs égards, mais surtout comme exemple de guérison d'une paralysie de l'enfance datant déjà de dix-neuf ans, au moyen de la faradisation.

Une jeune femme de vingt et un ans se présenta, au mois d'octobre 1857, à la consultation de M. Van Holsbeek; elle était atteinte à la fois d'une hémiplégie du côté droit et d'un kyste abdominal. L'hémiplégie, au dire de la mère de la malade, remontait à l'âge de deux ans; elle s'était montrée à la suite de convulsions éclampsiques qui s'étaient renouvelées un grand nombre de fois dans un court espace de temps. Toutes les ressources de la thérapeutique avaient été mises en œuvre sans résultat. Environ six mois après le début de la paralysie, l'amaigrissement du membre commença, et il ne cessa depuis lors de faire des progrès. Voici quel était son état le jour de la consultation :

L'épaule était effacée, le muscle deltoïde était considérablement atrophié, et il existait une diminution notable de la contractilité électrique dans les faisceaux externes et moyens de cet organe. Les muscles pectoraux et grands dorsaux étaient également atrophiés. Le bras était à peu près d'un tiers moins volumineux que celui du côté opposé. La contraction électro-musculaire existait faiblement à la partie inférieure du biceps et avait presque disparu du triceps. Tous les muscles de l'avant-bras avaient participé à l'atrophie, le long supinateur et le premier radial se contractaient avec peine. L'éminence thénar était atrophiée ainsi que les muscles interosseux. La malade pouvait porter le bras légèrement en avant, mais tous les autres mouvements du bras sur l'épaule étaient perdus. La flexion de l'avant-bras sur le bras était possible, mais elle n'avait lieu qu'avec de grands efforts; l'extension de l'avant-bras n'était produite que par le poids de ce membre. La malade ne pouvait soulever le plus léger fardeau et se trouvait dans une impossibilité complète de se servir de sa main.

La jambe était très-atrophiée et la cuisse beaucoup moins développée que celle du côté opposé. A l'exploration électrique, on constatait une diminution considérable des péroniers, du jambier antérieur et de l'extenseur du gros orteil. Les autres muscles répondaient encore à l'excitation électrique.

Enfin, le squelette de ce côté du corps était moins développé que celui du côté opposé, et la température était habituellement moins élevée dans toutes les parties paralysées.

M. Van Holsbeek résolut d'appliquer immédiatement l'électricité. Chacun des muscles atrophiés fut faradisé tous les jours avec un courant aussi intense et avec des intermittences aussi rapprochées que possible, c'est-à-dire proportionnelles au degré d'excitabilité et de sensibilité de la malade. Les séances duraient plus de trente minutes; dans l'intervalle, on lui fit faire quelques exercices.

Ce traitement a été suivi régulièrement pendant six mois. Il en est résulté une amélioration progressive, quoique très-lente. Avec la nutrition musculaire, les mouvements sont revenus : la malade peut se livrer à des travaux et à des occupations de ménage qui lui avaient été jusque-là impossibles.

Le succès obtenu dans ce cas par M. Van Holsbeek était à signaler afin d'encourager les expérimentateurs. En effet, tous ceux qui ont tenté l'emploi de la faradisation contre les paralysies de l'enfance savent combien les bons effets de cette médication sont lents à se produire. On ne saurait donc trop recommander, en pareil cas, la persistance qu'a apportée notre confrère dans la direction de ce traitement.

Nous avons dit que cette malade avait en même temps un kyste séreux siégeant probablement dans la trompe et l'ovaire gauche. La malade en faisait remonter le début à deux ans. Voici ce que faisait constater l'examen. — Le ventre était plus développé à gauche qu'à droite; en explorant la cavité de l'abdomen, on reconnaissait une tumeur qu'on pouvait circonscrire facilement en haut et latéralement par la palpation et la percussion. Les intestins, refoulés par la tumeur vers la partie supérieure du ventre, se logeaient sur ses parties latérales. La tumeur était arrondie, ovoïde, à surface fort lisse. La fluctuation était très-obscure. Le col utérin ne présentait rien de particulier à noter, seulement la matrice était refoulée à droite. La miction était facile et les selles régulières. La malade n'éprouvait d'ailleurs aucune douleur.

La cure de cette affection avait été ajournée, lorsque au mois de décembre dernier, à la suite d'une vive émotion, les règles étant venues à se supprimer subitement, le ventre devint plus sen-

sible, surtout dans le flanc gauche, et les digestions furent plus pénibles. La malade ressentit, en outre, des douleurs dans les reins et les aines, et elle accusait du ténesme vésical et de la constipation ; la douleur était tellement aiguë dans un point du flanc gauche, que la malade en faiblissait par moments. M. Van Holsbeek tenta d'y faire une légère application d'électricité qui fit disparaître la douleur comme par enchantement, mais elle reparut dans la soirée. Le lendemain, on usa du même moyen, qui eut le même succès. Mais cette femme ne fut pas peu surprise de perdre dans la rue une énorme quantité (un grand seau, dit-elle) d'un liquide oléagineux d'un jaune verdâtre. Elle continua de perdre encore pendant trois jours. Depuis ce moment, son ventre est revenu à son volume normal, sa santé s'est amendée ; mais il reste toujours de la sensibilité dans le flanc gauche.

L'électrisation a-t-elle eu, comme le pense l'auteur, une influence quelconque sur le mode de terminaison de cette deuxième maladie ? Il est permis d'en douter si l'on considère quelle était ici l'espèce de kyste à laquelle on avait affaire. C'était évidemment un kyste tubo-ovarien; ce qui le prouve, c'est l'évacuation du liquide par le vagin ; il n'y a qu'un kyste de cette nature qui puisse s'évacuer par cette voie. Or, rien n'est commun comme ces sortes d'évacuations spontanées. Rien n'indique donc ici qu'elle soit due à l'électrisation. C'est une réserve que nous avons cru utile de faire. (*Journ. de méd. de Bruxelles*, avril 1858.)

Enfants (*Du traitement des flexions traumatiques des os chez les*). On observe quelquefois chez de très-jeunes enfants des exemples de flexions traumatiques des os, suite de violences extérieures. Les os ne sont pas rompus, mais ils ont subi une déformation, ils sont arqués. Doit-on chercher à leur rendre immédiatement leur forme normale ? M. Bauchet le pense. Un bandage bien appliqué, dit-il, quelques compresses graduées, exactement maintenues et fixées par une petite attelle, un bandage roulé, font disparaître en quelques jours cette déformation, dont la production s'explique aisément par la mollesse, la flexibilité et conséquemment le peu de fragilité des os au premier âge. On comprendra que l'action de ces sortes de bandages doive être attentivement surveillée, et que leur degré de compression ne doit jamais aller jusqu'à gêner la nutrition du membre. (*Compte rendu de la Société de médecine de Paris*, février.)

Hernies étranglées. *Deux nouveaux faits de perforation de l'intestin suivie de guérison*. La perforation d'un intestin hernié et étranglé n'est pas toujours et nécessairement suivie de mort. Voici deux observations extrêmement curieuses sous ce rapport, qui ont été communiquées par M. le docteur Carré, de Metz, à la Société de médecine de Besançon.

Obs. I. Florent W...., âgé de vingt-deux ans, portait une hernie inguinale congéniale gauche, stationnaire, et qui le gênait assez peu pour ne pas nécessiter de bandage. A la suite d'un effort, cette hernie augmenta de volume et s'étrangla. M. Carré, appelé le lendemain auprès du malade, trouva le scrotum très-développé, les téguments phlogosés, présentant une desquamation épidermique occasionnée par les applications astringentes et irritantes qu'avait faites un charlatan. Il jugea l'opération urgente. Une portion d'épiploon était étranglée ; l'intestin, mis à découvert, était dilaté par des gaz et présentait une couleur d'un brun violacé ; ses vaisseaux, très-injectés, étaient fortement comprimés par l'anneau, qu'on ne pouvait atteindre, vu le volume et la forme en bourrelet de la hernie. Cependant, étant parvenu à diviser l'anneau, l'opérateur voulut procéder à la réduction ; mais les gaz s'y opposaient : comme il ne pouvait amener au dehors une portion d'intestin, sans que les gaz de la partie supérieure ne vinssent augmenter la quantité de ceux qui existaient en bas, et que, d'un autre côté, l'altération de l'intestin faisait craindre sa rupture sous des efforts de traction, M. Carré fit une ponction avec une forte aiguille; mais des mucosités vinrent l'oblitérer et l'empêcher de remplir le but qu'il s'était proposé. Il se décida alors à faire, avec une lancette, une petite incision longitudinale de deux à trois millimètres. Aussitôt les gaz s'échappèrent, le doigt comprimant la portion supérieure de l'intestin pour empêcher les gaz de descendre. L'intestin affaissé fut facilement réduit. Alors les gaz supérieurs suivirent le canal intestinal et s'évacuèrent par l'anus. Ce phénomène dura huit à dix minutes; le ballonnement de l'abdomen disparut, et ni gaz, ni liquides ne sor-

tirent par la plaie extérieure. Le lendemain, le malade eut trois selles abondantes, les douleurs avaient disparu. Les pansements méthodiques furent continués, et rien ne vint entraver la guérison qui eut lieu en vingt et quelques jours.

Obs. II. Etienne P., soldat, faisait un effort pour enlever un fardeau, lorsqu'une hernie inguinale qui existait depuis longtemps s'étrangla aussitôt. L'officier de santé du régiment tenta vainement d'en faire la réduction, et ce ne fut que vingt-quatre heures plus tard, dans la soirée, que le malade fut conduit à l'hôpital militaire de Besançon. A son arrivée, de nouveaux essais de réduction tentés par le chirurgien de garde n'eurent aucun résultat, et ne firent qu'augmenter les douleurs. Une saignée du bras fut faite, un bain administré, des sangsues furent appliquées sur le scrotum, et la partie fut recouverte de cataplasmes belladonisés. A sa visite du matin, M. Carré trouva la hernie scrotale égale dans son étendue, dure, douloureuse; elle avait l'apparence d'une hydrocèle, et l'on y percevait la sensation d'un liquide. Déterminé par l'existence des vomissements de bile et de liquide stomacal, ce chirurgien procéda à l'opération.

Lorsque le scrotum fut ouvert, il trouva le sac herniaire très-distendu par un liquide; il l'incisa, il s'en écoula une grande quantité de sérosité brune, de matières fécales liquides, de flocons albumineux; l'intestin présentait une perforation dentelée, d'environ cinq à sept millimètres, par laquelle jaillissaient des flots de liquide. Cette perforation avait l'aspect d'un ulcère à bords épais, avec un pourtour violacé étendu ; et ce qui lui faisait craindre un plus grand désordre encore, c'est que l'anneau avait tellement comprimé l'intestin, que toute circulation était interrompue. Après avoir opéré le débridement de l'anneau, il éprouvait de la difficulté à réduire l'intestin; on reconnut que l'obstacle était dû à un second étranglement qu'il fallut également détruire. La portion intestinale intacte fut réduite, et on fixa la partie perforée à l'entrée de la plaie, au moyen d'une anse de fil ciré en ruban. Le lendemain, douleurs abdominales intenses, application de trente sangsues sur le ventre; la plaie présente un aspect favorable. Le troisième jour, les douleurs de ventre ont cessé ; on administre un lavement de séné qui produit une selle de matières durcies. Le quatrième jour, quelques évacuations ont lieu spontanément par l'anus. Le cinquième jour le malade a des selles consistantes ; peu de matières sortent par la plaie. Celle-ci se cicatrise lentement jusqu'au quarante-deuxième jour; à cette époque elle est presque fermée. On retire les fils, et au deuxième mois la guérison est complète, les fonctions intestinales sont rétablies dans leur état normal. Le malade rejoint son régiment. (*Bulletin de la Société de médecine de Besançon.*)

Naevi. *Leur traitement par une compression de courte durée.* Ce mode de traitement, préconisé par M. Forster, est très-simple : deux aiguilles sont passées, à angle droit, au-dessous de la tumeur ; celle-ci est alors étranglée par une ligature. Les aiguilles sont retirées immédiatement, et, quatre heures après, on enlève la ligature. A la suite de cette opération, il se forme une escarre qui se détache approximativement au bout de quatorze jours, sans donner lieu à aucune espèce de suppuration ou d'ulcération et en laissant une cicatrice à peine visible. L'auteur attribue ces résultats favorables à ce que, dans sa méthode, la ligature ne fait qu'entraver énergiquement la circulation, sans l'enrayer complétement, et ne détermine pas, par conséquent, la mortification par gangrène. Il reste à savoir si la cicatrice est moins apparente après l'étranglement temporaire que lorsqu'on laisse la ligature sur place ; car, dans ce dernier cas, la chute du nævus est beaucoup plus prompte. Si la tumeur avait une certaine étendue, il faudrait la fragmenter en appliquant plusieurs ligatures, ainsi que M. Rigal l'a conseillé dans ce journal. (*Med. chir. Monatschrift* et *Journ. de méd. de Bruxelles*, avril).

Orchite. *Mouchetures de la tunique vaginale suivies d'hémorrhagie et d'une attaque d'hystérie.* Lorsque l'orchite blennorrhagique est très-douloureuse, que l'engorgement du testicule est considérable, surtout lorsqu'il existe de l'épanchement dans la tunique vaginale, la ponction est un des meilleurs moyens de traitement. Cette petite opération est ordinairement suivie d'un prompt soulagement, et la durée de la maladie est sensiblement diminuée. Jusqu'à présent on n'avait signalé aucun accident sérieux qui pût être imputé à cette opération.

Voici un fait qui devra à l'avenir faire tenr en garde contre l'éventualité posible d'une hémorrhagie difficile à comprimer. Le 20 décembre 1857, un malade vint réclamer les soins de M. Montanier pour un écoulement de l'urètre. C'était un jeune homme de vingt-cinq ans, jouissant habituellement d'une très-bonne santé, mais d'un tempérament nerveux excessivement prononcé. Cet écoulement datait de dix jours environ et se compliquait d'une balano-posthite, avec des ulcérations assez profondes autour du limbe du prépuce, et d'un phimosis. La pierre infernale, promenée deux fois sur le gland et le prépuce, amena la guérison de la balanite et des ulcérations; l'écoulement était traité par le copahu et le cubèbe.

Le 1er janvier 1858, à la suite d'une longue course à pied, le malade éprouva des douleurs dans le testicule, la peau du scrotum devint rouge; le lendemain le testicule était très-fortement tuméfié; des sangsues appliquées le long du trajet du cordon produisirent une amélioration sensible.— Mais le malade ayant fait une course assez longue le 6 janvier, le testicule redevint douloureux et gonflé. — Le 7, M. Montanier se décida à pratiquer quelques mouchetures sur le scrotum.

Il fit, avec la pointe de la lancette enfoncée d'environ 1 centimètre, deux piqûres. La première laissa échapper la valeur d'une cuillerée à café de sérosité sanguinolente; par la seconde, du sang coula en assez grande quantité. On ne s'en inquiéta pas d'abord, pensant que l'hémorrhagie allait s'arrêter d'elle-même; il n'en fut rien; le sang, qui paraissait d'abord s'échapper en nappe, s'écoule bientôt, clair et rouge, par un jet saccadé d'environ 1 millimètre. On essaye en vain d'arrêter l'hémorrhagie par le perchlorure de fer. M. Montanier voulut faire une légère compression avec son doigt, mais aussitôt le malade accusa, dans le testicule et le long du cordon, des douleurs intolérables, qui cessèrent dès que cette petite compression fut interrompue. Il tenta de saisir l'artère avec les pinces et de la tordre; il échoua encore. Le sang continuant toujours de couler, malgré ces diverses manœuvres, M. Montanier se décida alors à passer deux fils sous la peau, de manière à saisir un certain paquet dans lequel il pensait que l'artère serait comprise. Après avoir serré les fils, l'hémorrhagie s'arrêta immédiatement à l'extérieur; mais elle dut continuer à l'intérieur, car le lendemain il trouva le scrotum tuméfié, noir; une quantité notable de sang s'était épanchée sous la peau et le long du cordon. Le malade souffrit horriblement pendant cette opération; il accusait dans le testicule, le long du cordon, dans le ventre, des douleurs affreuses qui lui faisaient pousser, involontairement, des cris déchirants; la scène enfin se termina par une attaque d'hystérie où rien ne manqua de ce qui caractérise l'attaque d'hystérie chez la femme : agitation, convulsions, grincement de dents, cris étouffés, puis respiration agitée et très-haute, abattement, frissons et froid très-vif, surtout aux extrémités; courbature, céphalalgie.

La nuit suivante fut très-agitée, sans sommeil; le malade éprouvait de grandes douleurs, non dans le scrotum, mais dans le ventre, qui n'était cependant ni chaud ni douloureux à la pression. Un léger purgatif fit tout cesser. — Deux jours après, il ne restait plus rien de toutes ces douleurs si violentes; le scrotum était toujours gros, noirâtre, ecchymotique, mais il n'était plus sensible, même au toucher. Après trois jours de repos, des cataplasmes froids arrosés d'eau blanche et l'usage d'un suspensoir, le patient put se lever; il ne souffrait plus, mais il était très-faible et très-pâle : on le conduisit à la campagne, et, le 27 janvier, on apprit qu'il allait parfaitement bien, que son testicule n'était plus gonflé.

La connaissance de cette éventualité devra engager, avant de pratiquer cette petite opération, à prendre quelques petites précautions, comme, par exemple, de s'assurer si, par exception, on ne trouverait pas sous la peau une artère d'un certain volume, afin de l'éviter.

Il serait utile aussi de s'assurer soit par l'interrogatoire des malades sur leurs antécédents, soit par l'examen de quelques caractères de leur constitution, si l'on n'aurait pas affaire à des sujets à idiosyncrasie hémorrhagique, tels qu'on en rencontre quelquefois. (*Gaz. des hôpit.*, mars 1858.)

VARIÉTÉS.

La future Association générale des médecins de la France, après avoir eu sa première réunion dans la convocation des membres éminents chargés de poser ses statuts, vient d'avoir sa première fête, le dîner de l'Union médicale. Les discours prononcés à ce banquet ne peuvent laisser aucun doute sur la prochaine réalisation des vœux des médecins des provinces. On reprochait aux associations départementales d'être trop pauvres pour prétendre se fondre dans celle de la Seine. Ne serait-ce pas le contraire qui pourrait advenir bientôt, si quelques généreux confrères de nos provinces imitaient l'exemple que vient de donner M. Brachet? Le savant praticien lyonnais, dont nous avons à signaler la perte regrettable, vient de léguer à l'Association médicale du Rhône sa magnifique maison de campagne et une dotation de 80,000 francs, destinée à fonder une maison de retraite pour les médecins que leur âge ou leurs infirmités rendraient incapables d'exercer leur profession. De tels actes n'ont pas besoin de commentaires et répondent au reproche d'indifférence qu'on n'a pas craint d'adresser au corps médical des départements. La constitution de la Commission centrale, bien qu'on y trouve les noms les plus en crédit par les services scientifiques, par la position, par la compétence spéciale en matière d'organisation, n'a pas non plus trouvé grâce aux yeux de quelques critiques. Voici ce que pensent de cette incompétence nos confrères de Bordeaux. Le journal de médecine de cette ville, en rendant compte du banquet parisien, termine son récit de la manière suivante : « Après une pareille fête, après l'effusion et l'échange de pareils compliments, nous sommes autorisés à dire : Laissons fonctionner la Commission, laissons-lui mûrir ses statuts ; et lorsque nous aurons été consultés, et qu'appel sera fait à notre concours, réunissons-nous en un seul faisceau et, avant la fin de l'année qui s'écoule, dix mille médecins conspireront au bonheur général de la grande famille médicale. »

L'Académie de médecine vient de faire une nouvelle perte, celle de M. Burdin. « Homme de bien, homme de cœur, praticien infatigable, ou, si vous le voulez, comme l'a dit M. Dubois (d'Amiens) sur sa tombe, le simple médecin qui avait consacré toutes les forces de son âme et de son corps au soulagement des malheureux. »

M. Joseph Pain, ancien chirurgien de la marine, vient de mourir à la Guyane, à l'âge de quatre-vingt-quatorze ans. Il était arrivé dans la colonie en 1788, chargé d'une mission du roi Louis XVI. Depuis cette époque, il n'a jamais quitté le pays.

Un pharmacien de Calais, qui a causé la mort d'un malade en mettant une trop forte proportion de laudanum dans une potion, vient d'être condamné à dix jours de prison et 600 francs d'amende, au chef d'homicide involontaire.

M. Godelier, professeur à l'école d'application du Val-de-Grâce, est nommé médecin principal de première classe.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Sur une nouvelle thérapeutique respiratoire. — Appareil pour la pulvérisation de l'eau.

Lettre à M. Debout, par M. le docteur Sales-Girons, médecin inspecteur des eaux de Pierrefonds.

La partie de notre science que vous poursuivez, cher confrère, avec tant d'aptitude et de persévérance, vous désignait naturellement dans ma pensée, vous et votre journal, pour recevoir la première communication d'une nouvelle méthode d'administration des médicaments, qui pourrait peut-être ouvrir une voie plus large à la thérapeutique.

Sans autre préambule, je suppose que vos lecteurs ont entendu parler des *salles de respiration* (chambres d'aspiration ou d'inhalation, c'est la même chose) qui servent, dans les établissements thermaux, pour faire respirer les eaux minérales aux malades de la poitrine. Ce sont, comme leur nom l'indique, des chambres ou salles dans lesquelles, d'ordinaire, l'eau minérale arrive à l'état de vapeur produite par l'ébullition dans des chaudières plus ou moins éloignées de ces salles.

Eh bien ! cher confrère, c'est en cherchant ce que laissent à désirer la vaporisation et les vapeurs, comme moyens d'administrer les eaux minérales, que la méthode dont il s'agit s'est fait jour. Deux lignes sur l'origine de l'idée et sur sa mise en œuvre ; car l'idée est déjà traduite en pratique.

Les vapeurs, vous le pressentez, devaient être un moyen bien défectueux pour faire respirer des eaux minérales. La vaporisation, en effet, étant le procédé de toute distillation, il était presque évident que vaporiser des eaux médicamenteuses, c'était perdre le médicament, qui restait dans les vases d'ébullition, et, par suite, faire respirer au malade de l'eau plus ou moins distillée. Je dis plus ou moins, parce que les gaz qui entrent dans la minéralisation des eaux suivent les vapeurs ou plutôt les précèdent ; je ne parle donc que des minéraux fixes, qui sont les plus importants et qui sont très-probablement perdus dans l'opération. Vous voyez que, pour reconstituer devant la science et la raison les salles de respiration des établissements thermaux, il fallait au moins en revoir et corriger le point principal.

J'en étais là depuis longtemps de mon idée de perfectionner cette médication de première utilité, dans les stations d'eaux sulfureuses surtout, lorsque j'arrivai à la conviction un peu naïve que, pour

rendre de l'eau respirable, il n'y a que deux moyens : 1° la *vaporisation*, 2° la *pulvérisation*. Passez-moi le mot pulvérisation qui, appliqué à un liquide, semble blesser nos habitudes; j'en cherche l'équivalent depuis le premier jour et ne l'ai point trouvé ; mais il signifie la réduction de l'eau à cet état de division fragmentaire qui permet aux liquides de rester en suspension dans l'atmosphère ([1]).

Les exemples du fait m'étaient fournis par ce brouillard de particules d'eau, non à l'état vésiculaire, qui se détachent des chutes d'eau, cascades naturelles ou jets de fontaines qui ornent nos jardins publics, mais plus parfaitement encore par cette poussière dite *brise marine*, qui n'est que l'eau salée, éclaboussée par les flots et emportée par les vents qui en saturent la plage et la couvrent de cristaux caractéristiques.

La brise marine, voilà le beau idéal que j'aurais voulu réaliser dans l'espace d'une chambre et avec des eaux sulfureuses, puisque ce sont celles que la nature semble avoir douées plus spécialement de propriétés artériaques ou pectorales.

Vous voyez qu'il ne me manquait plus que le procédé, appareil ou instrument, qui pouvait réduire l'eau en poussière, sans l'altérer dans l'admirable synthèse qui fait qu'elle est un médicament. En un mot, la pulvérisation seule pouvait m'assurer que chacun des fragments pulvérulents serait l'eau minérale elle-même, toute l'eau minérale ; et que les malades qui la respireraient ainsi éprouveraient le même bénéfice que s'ils prenaient de l'eau de la source et pouvaient l'étendre sur la lésion laryngique ou bronchique elle-même.

Or, cet appareil pulvérisateur que je vous ai montré, et que vous avez admiré dans sa simplicité, fut inventé et confectionné par le propriétaire des eaux de Pierrefonds, auquel j'avais fait part de ma préoccupation, et que j'ai suivi, dans la série des découvertes intermédiaires, jusqu'à ce que la perfection actuelle de l'instrument fût obtenue par lui.

Voici bientôt la troisième saison thermale que la salle de respiration fonctionne à Pierrefonds-les-Bains. Elle peut contenir vingt-quatre malades qui, durant les trois quarts d'heure de la séance, respirent naturellement dans un nuage d'eau sulfureuse poudroyée, à la même température que le dehors, et dont la minéralisation, sur

---

([1]) Les corps solides, quoique pesant beaucoup plus que l'air, charbons, farines, silex, etc., se tiennent quelque temps en suspension dans l'air, pourvu qu'ils soient réduits en poussière assez fine. C'est une loi ou un fait non encore expliqué, mais qui existe, et l'eau n'y fait pas exception, au contraire, puisque notre pulvérisation liquide à Pierrefonds produit cet effet.

quelque point de l'espace qu'on l'expérimente, témoigne de la présence de tous les éléments qui composent l'eau à la source elle-même.

Bref, laissons les salles de respiration thermales, mais qu'on sache que nous avons désormais un moyen, un appareil capable de réduire un liquide dans un état aussi facilement respirable que l'état de vapeur, et qui, mieux que la vaporisation, y conserve tous les éléments médicamenteux qu'il porte.

A la place des eaux minérales, qui sont des formules naturelles, mettons de l'eau ordinaire portant en solution tous les médicaments qui se dissolvent, et faisons-les respirer selon les indications pathologiques et l'opportunité.

L'appareil pulvérisateur est immobile dans les salles de respiration; rien n'est plus facile que de l'établir ainsi dans toutes les maisons de santé de Paris, où les malades auront toute l'année l'occasion d'en profiter. D'autre part, rien ne serait plus aisé que de rendre l'instrument pulvérisateur portatif; j'avais même pensé qu'il ne serait pas difficile de le faire de telle dimension qu'il pût fonctionner auprès d'un lit ou à côté d'un fauteuil de malade.

Notre ingénieux fabricant, M. Charrière, ne serait probablement guère embarrassé pour opérer la réduction d'un appareil de cette dimension, jusqu'à le rendre mobile et portatif.

L'eau pulvérisée, vous me direz si c'est une illusion d'innovateur, me semble ouvrir la voie à une branche de médication qu'on nommerait la *thérapeutique respiratoire*.

Il y a dans l'homme trois grandes voies de médication ; l'estomac, la peau et la muqueuse respiratoire; mais celle-ci est incomparablement la plus vaste, la plus sensible, la plus immédiate et la plus susceptible d'absorption et d'assimilation. Entre cette muqueuse et le sang, au moment de sa plus importante opération, il n'y a peut-être pas d'intermédiaire.

Eh bien! l'estomac et la peau ont leur thérapeutique respective complète; la poitrine n'a eu jusqu'à ce jour que la thérapeutique des gaz et des vapeurs, qu'on n'a encore utilisées qu'en vue des affections pulmonaires. Avec l'eau poudroyée, rendue médicamenteuse par la solution des substances actives, cette thérapeutique respiratoire fait plus que se compléter, permettez-moi de le dire, elle peut s'étendre à d'autres maladies.

Le premier fait qui m'a donné l'idée de cette innovation est celui d'un jeune homme de Laon, qui me fut adressé à Pierrefonds par notre savant confrère, le docteur Le Clerc. Ce jeune homme était

atteint depuis quelques jours d'une hémoptysie, suite d'un bain froid de rivière imprudemment pris. Il entra dans la salle de respiration, et dès la deuxième séance le sang était arrêté : il avait suffi de l'impression topique de l'eau sulfureuse, respirée en poussière, pour modifier la lésion et y produire un effet hémostatique.

Si l'on pulvérisait de l'eau portant une solution appropriée de perchlorure de fer, me dis-je, et qu'on la fît respirer aux hémoptoïques, dans la pratique des villes, et en toute saison, ne serait-ce pas là un secours bien supérieur à celui qu'on peut attendre, en pareil cas, de l'eau de Brochieri en potion ou lavements. Est-ce que désormais les lésions de la membrane bronchique, par le fait même de la respiration possible des liquides, ne sont pas comme des lésions à découvert, ou à ciel ouvert, pour parler la langue des chirurgiens ?

Ce fut là mon premier pas dans cette thérapeutique respiratoire dont il s'agit. Depuis lors, le champ n'a fait que s'agrandir, et aujourd'hui, sans adopter certes l'opinion systématique des médecins anciens ou modernes, qui ont prétendu que toutes nos maladies gagnaient l'organisme par les poumons ou par la voie respiratoire, je n'en pense pas moins qu'un certain nombre d'entre elles nous envahissent par cette ouverture, et que le précepte universel *contraria contrariis curantur* nous autoriserait rationnellement à les attaquer par où elles sont entrées.

Mais je voudrais, par exemple et pour commencer, voir ce qu'une dissolution aqueuse de quinquina, respirée selon la méthode qui nous occupe, produirait sur une fièvre intermittente d'origine marématheuse.

Après cette expérience que je vous recommande, et qu'il appartient à votre zèle pour la thérapeutique de provoquer, lorsque je vais avoir mis à votre disposition un appareil pulvérisateur des liquides, les perspectives de la méthode nouvelle s'ouvriront peut-être plus larges qu'on ne le pense ; car qui peut dire ce que la pratique peut tirer d'utile d'une théorie où tout est si rationnel ?

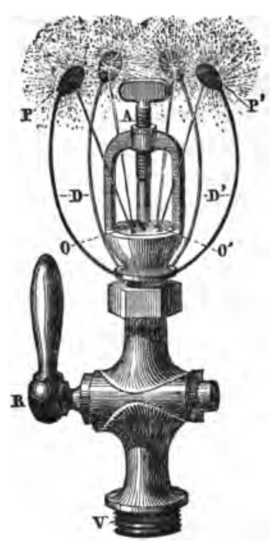
Rappelons seulement au médecin que la nature a fait dans l'homme trois voies principales pour l'administration thérapeutique, et que celle de la muqueuse respiratoire, qui serait la meilleure sous tous les rapports, a été la moins utilisée.

J'aurai l'honneur de vous annoncer prochainement l'ouverture, dans l'une des grandes maisons de santé de Paris, d'une salle de respiration au perchlorure de fer ou autre agent hémostatique, pour les cas d'hémoptysie. Quant à des salles de respiration à l'eau

sulfureuse naturelle, je puis, dès aujourd'hui, vous annoncer qu'il y en aura, l'automne prochain, dans les principaux établissements de bains de Paris.

Il me reste à vous transmettre les figures qui représentent, la première, l'appareil pulvérisateur des liquides, et la deuxième une coupe de la salle de respiration de Pierrefonds, où cet appareil est disposé et fonctionne depuis la saison thermale de 1856.

DESCRIPTION ET JEU DE LA PULVÉRISATION LIQUIDE.

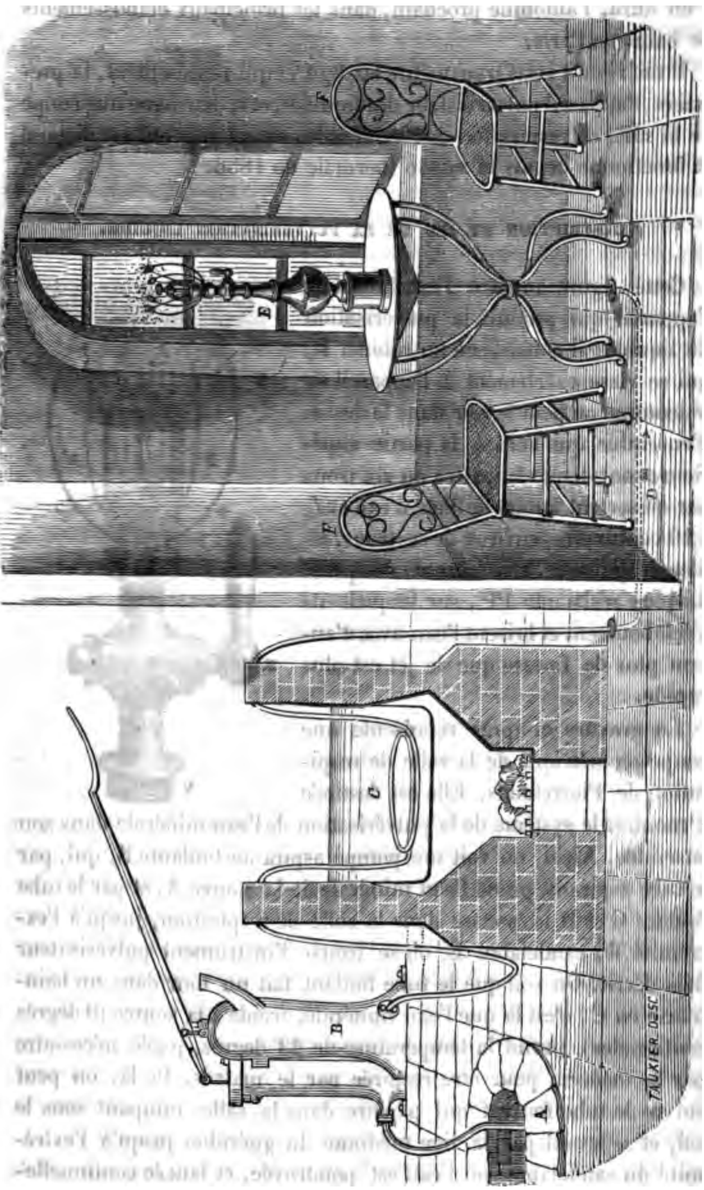


Cette figure montre l'extrémité de l'appareil qui produit la pulvérisation du liquide; il consiste en un robinet R, qui se visse exactement à l'appareil en V, comme on peut le voir dans le dessin d'ensemble qui suit. A la partie supérieure sont disposés quatre ou six trous par où sortent autant de filets d'eau OO'; à 10 centimètres environ de ces trous, les filets capillaires rencontrent de petits disques résistants PP', sur lesquels ils s'éclaboussent et brisent l'eau avec d'autant plus de finesse que le jet est plus rapide.

La gravure ci-après représente une coupe géométrique de la salle de respiration de Pierrefonds. Elle est destinée à montrer le système de la pulvérisation de l'eau minérale dans son ensemble. Ainsi, on voit une pompe aspirante foulante B, qui, par le tube aspirant, prend l'eau minérale de la source A, et par le tube foulant C et D la pousse dans la salle de respiration, jusqu'à l'extrémité du candélabre E, où se trouve l'instrument pulvérisateur déjà décrit. On voit que le tube foulant fait un tour dans un bain-marie en C; c'est là que l'eau minérale, froide à la source (9 degrés centigrades), prend la température de 23 degrés, jugée nécessaire par le médecin pour être respirée par le malade. De là, on peut suivre le tube foulant qui pénètre dans la salle, rampant sous le sol, et se levant par la tige médiane du guéridon jusqu'à l'extrémité du candélabre, où l'eau est poudroyée, et lancée continuellement dans l'espace de la chambre.

On comprend facilement le jeu de l'appareil : l'eau aspirée à la

source est foulée; à la pression de trois ou quatre atmosphères, par



un fort ouvrier agissant sur le bras du levier. Ne trouvant d'autre issue que celle des canaux ou trous capillaires, l'eau sort par les ou-

vertures, sous la forme d'autant de filets unis et roides qui, venant à rencontrer l'obstacle des disques, se brisent, de façon qu'il n'en tombe presque rien par terre, et que tout le liquide est réduit en poussière dans l'espace de la salle. Cette poussière, même dans les premiers moments, au lieu de baisser, s'élève, et se répand jusqu'à ce qu'un brouillard de cette eau fragmentée vienne remplir tout l'espace.

Il y a dans cette salle, pouvant recevoir jusqu'à vingt-quatre personnes, trois appareils pulvérisateurs, à quatre ou six filets capillaires chacun, et la pulvérisation est continue tant que dure la séance, une heure au plus. Dans ce laps de temps, l'eau sulfureuse employée est de 125 litres, elle peut être de beaucoup moins.

Maintenant, cher confrère, mon expérience ne s'est exercée que sur les maladies de poitrine traitées dans la salle de respiration de Pierrefonds, c'est-à-dire avec des eaux sulfureuses ; permettez-moi de revenir vous dire les bons effets que j'en ai vu résulter ; et puisse l'exemple vous induire à expérimenter sur d'autres genres de maladies avec des eaux portant des dissolutions médicamenteuses appropriées ! (*La fin prochainement.*)

Coup d'œil sur la thérapeutique générale des maladies de l'utérus et de ses annexes (1).

Par le docteur F.-A. ARAN, médecin de l'hôpital Saint-Antoine.

J'ajoute à ces diverses indications, tirées de l'état local, celle qui résulte de l'altération dans les conditions statiques de l'utérus, non pas que je me propose de m'appesantir pour le moment sur les divers déplacements de l'organe utérin, non pas que j'aie l'intention de traiter avec détail des divers moyens mécaniques proposés pour y remédier, mais parce que je suis convaincu que ces altérations de la statique de l'organe utérin peuvent souvent être méconnues, et que l'on peut rapporter à d'autres causes les accidents qui dépendent seulement de ces déplacements. Et cependant, la distinction est facile, en général ; car, l'organe replacé artificiellement ou par la position, tout rentre dans l'ordre. N'oubliez jamais, dans les cas douteux, de faire faire quelques pas à vos malades dans votre cabinet, et de les toucher dans la station debout. Vous éviterez ainsi à vous-mêmes des erreurs graves, aux malades des traitements inutiles.

Réduire l'organe déplacé, le maintenir, autant que faire se peut, dans sa situation, mais surtout dans une situation qui trouble le

(1) Fin. — Voir la livraison précédente, p. 249.

moins possible l'exercice des fonctions qui lui sont propres et celui des fonctions des organes voisins, n'employer dans ce but que les moyens les plus simples et les moins irritants, telle est en définitive la seule manière de remplir directement cette indication. Mais, dans quelques cas où l'altération dans la statique de l'organe est moins marquée, il suffit de diminuer la pression exercée par les organes abdominaux sur l'utérus, en les soutenant avec des appareils appliqués extérieurement et qui les refoulent en quelque sorte d'avant en arrière, pour calmer les accidents, sans un changement bien appréciable dans la situation. Il n'est donc pas nécessaire, quoi qu'en aient pu dire quelques personnes qui ont cherché à expliquer ainsi les effets de certains moyens de sustentation de l'organe utérin, il n'est donc pas nécessaire, dis-je, que l'utérus soit immobilisé par ces bandages ou appareils; je dirai plus, c'est qu'une immobilité pareille serait la chose la plus fâcheuse et la plus antiphysiologique. Ce qu'il faut au contraire à l'utérus, c'est une certaine latitude de mobilité dans la situation qu'il occupe normalement, c'est la facilité d'échapper, par cette mobilité même, aux accidents de compression.

Les troubles fonctionnels des organes voisins fournissent encore des indications dont il faut tenir grand compte. La constipation, par exemple, est une condition qui aggrave l'état des maladies utérines, tant par elle-même que par les conséquences fâcheuses qu'elle entraîne dans certains cas, les hémorrhoïdes, les fissures à l'anus. Si, dans le cours d'une affection utérine, vous voyez les souffrances être plus marquées, les traits s'altérer quelque peu, l'humeur devenir plus aigre et plus maussade, informez-vous, et fort souvent vous apprendrez que la malade a négligé les moyens propres à la faire aller à la garde-robe, depuis plusieurs jours, quelquefois même depuis une ou plusieurs semaines. La liberté du ventre est, au contraire, une circonstance éminemment favorable, et beaucoup de malades m'ont fait la remarque qu'elles n'étaient jamais mieux portantes que lorsqu'un purgatif avait produit un relâchement du ventre pendant plusieurs jours de suite, ou lorsqu'à l'approche de leurs règles elles étaient prises de cette diarrhée particulière dont je vous ai déjà parlé.

Combattre la constipation, chercher à rétablir les garde-robes dans leurs conditions naturelles, voilà donc une autre indication importante de la thérapeutique des affections utérines, et à laquelle il ne faut jamais faillir. Si les lavements suffisent pour faire aller la malade à la garde-robe, tenez-vous-en à ce moyen : employez-les tièdes

en commençant, et abaissez peu à peu la température jusqu'à les rendre frais ou froids : un seul suffit chaque jour, soit le matin, soit le soir. Si l'eau n'est pas suffisante pour faire aller à la garde-robe, ajoutez à celle-ci une cuillerée ou deux de miel, de mélasse ou de sel de cuisine ; mais revenez le plus tôt possible aux lavements d'eau simple. Aidez ces lavements par une alimentation dans laquelle entrent quelques aliments qui facilitent les garde-robes, le pain bis, le pain de seigle, les pruneaux cuits, le lait froid, etc. Si vous échouez avec ces divers moyens, vous aurez le choix entre les douches ascendantes froides, qui sont très-efficaces sans doute, mais qu'on n'a pas toujours à sa disposition, et les très-grands lavements froids pris par la malade dans la position couchée sur le dos, de manière à faire pénétrer peu à peu dans l'intestin deux, trois, quatre litres d'eau (ces lavements sont d'autant plus efficaces que la canule de gomme élastique dont on fait usage est portée à une plus grande profondeur dans l'intestin). Enfin, dans les cas plus rebelles, et de temps en temps seulement dans les autres cas, on a recours aux purgatifs : 30 grammes d'huile de ricin, quelques grains de résine de scammonée ou de résine de jalap, un ou deux verres d'une eau purgative quelconque. Dans les cas plus rebelles encore, il ne faut pas craindre les drastiques, et j'ai donné à plusieurs reprises avec avantage l'huile de croton (2 gouttes pour deux pilules) et surtout l'aloès en très-petits morceaux, gros comme un grain de blé ou comme un pois, que les malades prennent en se couchant. Je suis encore à voir les mauvais effets de l'aloès pris à cette faible dose, et je ne connais pas un seul cas de congestion hémorrhoïdaire, encore moins d'écoulement sanguin par l'anus, ayant cette origine.

Sans avoir autant d'importance que la constipation, et sans nécessiter comme elle des soins aussi persévérants et presque de tous les instants, les troubles de la sécrétion urinaire ne sont cependant pas à négliger. Pour calmer les cuissons produites par le passage de l'urine, pour faire cesser la dysurie et la strangurie, il faut avoir recours aux moyens antiphlogistiques dans certains cas, aux calmants dans d'autres ; mais ce qu'il y a surtout d'important, c'est de modifier la sécrétion urinaire à son origine, c'est de changer, si faire se peut, les conditions vicieuses qu'elle présente. Ainsi les urines des femmes affectées de maladies utérines sont souvent très-acides, chargées d'acide urique et d'urates ; dans ces circonstances, les alcalins, et en particulier les eaux minérales alcalines, rendent des services qui, joints à ceux que ces eaux rendent encore dans les cas de troubles des fonctions digestives, expliquent le succès qu'elles ont dans la

pratique et l'enthousiasme que certains médecins professent à leur endroit.

Je l'ai déjà dit, les médications générales sont le plus souvent incapables à elles seules de guérir les maladies utérines. Il fut un temps, du reste, où, moins éclairés qu'ils ne le sont aujourd'hui sur le rôle joué par les affections de l'utérus dans la production possible d'un affaissement général de la santé, d'une détérioration graduelle de l'économie, les médecins combattaient exclusivement cet état particulier par le régime et par les toniques; et Dieu sait le nombre de femmes qui languissaient ainsi toute leur vie, sans trouver dans ce régime et dans ces médicaments le moindre soulagement. La question est jugée maintenant, et, la solution une fois connue de tous, nul doute que les errements anciens seront à jamais abandonnés. Craignons cependant une réaction trop absolue dans le sens opposé. On me permettra, par conséquent, d'entrer dans quelques détails sur les médications spéciales que comporte le traitement général.

Troubles de la digestion, parmi lesquels je place les troubles de la sécrétion biliaire, et, consécutivement à ceux-ci, troubles de l'hématose et de la nutrition; enfin, dans certains cas, troubles de l'innervation, telles sont les principales perturbations qui se produisent dans le cours des maladies utérines. Mais leur importance n'est pas la même à toutes les périodes de la maladie, comme je le montrerai bientôt, et je n'hésite pas à donner la première place aux troubles des fonctions digestives, à en faire en quelque sorte le pivot de tous les autres troubles, par l'altération qu'ils entraînent dans la composition du sang et secondairement dans les divers organes et appareils que celui-ci est chargé d'alimenter.

C'est dire que j'attache une importance très-grande à la nature de l'alimentation, qui doit être suffisamment réparatrice, composée d'aliments d'une digestion facile, et autant que possible de viandes rôties, à la manière dont les aliments sont supportés et digérés par les organes abdominaux ; c'est expliquer en même temps l'influence, si remarquable dans ces maladies, de l'hydrothérapie, de certaines eaux minérales et plus particulièrement des eaux alcalines, du séjour à la campagne, des bains de mer. Malheureusement la plupart de ces derniers moyens sont interdits à une grande partie de nos malades par la faiblesse de leurs ressources et par la cruelle nécessité qui les rive en quelque sorte au foyer domestique. Le médecin doit alors suppléer par tous les moyens en son pouvoir à ce qui lui manque ; et, à ce point de vue, j'appelle votre attention sur l'utilité de l'administration à l'intérieur de ces médicaments qu'on pourrait

appeler à bon droit antidyspeptiques, du sous-nitrate de bismuth; de la magnésie, de la rhubarbe, associés ou non, suivant les cas; aux ferrugineux; de la pepsine, lorsqu'il y a des vomissements rebelles qui rendent l'alimentation impossible; et, pour les cas où il y a des sécrétions acides, du bicarbonate de soude; j'appelle encore votre attention sur les avantages de certaines pratiques hydrothérapiques dont je vous parlerai bientôt, et que l'on peut organiser partout, même dans les plus pauvres familles.

On se demande cependant s'il est indifférent d'employer dans tous les cas l'un ou l'autre des moyens dont j'ai parlé en premier lieu. Peut-on indistinctement faire choix de l'hydrothérapie, des eaux minérales ou des bains de mer, par exemple? Telle n'est pas mon opinion, et je n'hésite pas à donner la préférence à l'hydrothérapie, qui répond évidemment au plus grand nombre d'indications possibles, *méthode de remontement général*, s'il en fût, et qui ne nécessite, autre grand avantage, ni l'éloignement de la malade, ni le renoncement absolu aux exigences de sa situation, pas plus qu'elle ne s'oppose à l'emploi des autres moyens locaux ou généraux que l'on veut mettre en usage. Au risque de me trouver en désaccord avec les médecins attachés aux eaux minérales, je suis bien obligé de dire qu'en dehors des indications fournies par la prédominance des troubles digestifs, — d'où les avantages des eaux de Plombières, Vichy, Ems, Carlsbad, Kissingen, etc., — l'opinion des médecins gynécologues hésite encore entre les prétentions rivales des établissements qui se disputent les maladies utérines, et la discussion qui a eu lieu récemment à la Société d'hydrologie de Paris n'est pas de nature à lever les doutes qui pourraient être conservés.

Jusqu'au moment où l'on nous expliquera pourquoi les eaux minérales sulfureuses sont employées exclusivement dans telle région de la France, les alcalines dans telle autre partie de notre pays, et avec des succès semblables dans les deux cas, je serai porté à croire que la composition de l'eau minérale est pour peu de chose dans la guérison, et qu'il faut faire honneur de celle-ci aux procédés particuliers d'administration de l'eau et à la température à laquelle elle est employée. Je fais sans difficulté une exception en faveur des eaux alcalines, pour les cas de dyspepsie avec sécrétion acide de l'estomac, avec perturbation de la fonction biliaire; j'en ferai peut-être une autre en faveur des eaux sulfureuses, pour les cas de catarrhe chronique de l'utérus ou pour toute autre sécrétion rebelle; et puisque j'ai cité quelques établissements d'eaux alcalines, je nommerai, pour être juste, quelques-uns des établissements d'eaux sulfureuses

qui méritent plus particulièrement l'attention : Cauterets, Saint-Sauveur, Bagnols (Lozère), Allevart, Lamotte ; mais, je le répète, sauf ces cas particuliers, je comprends parfaitement et je partage l'hésitation de nos confrères.

Je me demande seulement comment les médecins et les malades n'ont pas encore tourné les yeux vers les eaux minérales ferrugineuses qui, elles aussi, remplissent des indications importantes, non pas seulement pour réparer la quantité de fer qui manque dans le fluide circulatoire, ce qui est très-problématique, mais pour imprimer à la nutrition une activité plus marquée, en même temps que leur emploi peut être utilisé topiquement dans beaucoup de cas. J'ai obtenu, pour ma part, de si bons résultats des bains ferrés et des injections ferrées dans le catarrhe utérin, que je crois remplir un devoir en rappelant l'attention sur les eaux minérales ferrugineuses, que la mode abandonne complétement pour les bains de mer. Cette méthode de traitement est cependant bien moins efficace ; mais elle le deviendra beaucoup, je dois le reconnaître, lorsqu'à l'influence du séjour au milieu d'un air pur et vivifiant, lorsqu'aux bains froids stimulants qui constituent cette médication, on aura ajouté, dans la plupart des établissements, la possibilité de l'association des pratiques hydrothérapiques.

Ajoutons cependant que toutes ces médications excitantes sont toujours chanceuses et pleines même de graves inconvénients, quand elles sont employées prématurément, avant l'extinction des phénomènes aigus. C'est ce dont on peut s'assurer chaque année, aux bains de mer principalement ; les malades prenant fort souvent de ces bains sans consulter l'homme de l'art, beaucoup de femmes non-seulement n'y trouvent aucune amélioration, mais reviennent même dans un état plus grave. Pour être moins communs dans les établissements d'eaux minérales dont l'activité est mieux surveillée, ces accidents n'y sont pas rares non plus ; et c'est par conséquent chose toujours délicate que l'appréciation du moment où l'on peut passer à l'emploi des eaux minérales et des bains de mer, tandis que l'hydrothérapie, avec quelques précautions, est presque toujours applicable à toutes les périodes de la maladie. Associée au séjour à la campagne, dans un de ces sites délicieux qui ont été merveilleusement choisis, tant en France qu'à l'étranger, pour la construction de grands établissements destinés à son exploitation, l'hydrothérapie, bien dirigée et bien conduite, me paraît appelée aux plus grands succès dans le traitement des cas les plus rebelles et les plus désespérés de ces maladies.

Il est seulement à désirer que les médecins placés à la tête des principaux établissements hydrothérapiques veuillent bien faire connaître les résultats définitifs de cette médication, au point de vue de son influence non-seulement sur les symptômes généraux, chose qui paraît parfaitement démontrée, mais encore sur les phénomènes locaux, soit par elle-même et indépendamment de toute autre médication, soit combinée avec l'emploi de moyens locaux déterminés. Ce qui manque et ce qui, suivant toutes probabilités, manquera longtemps encore à la thérapeutique, c'est le relevé exact et consciencieux des succès et des insuccès de cette médication, non pas dans les affections utérines, considérées d'une manière générale, mais dans chaque affection utérine en particulier, simple ou compliquée. Autrement dit, le moment est venu pour l'hydrothérapie de poser les indications et les contre-indications de son emploi; et ceux-là seuls qui sont chargés de la direction de grands établissements voient assez de malades pour faire une statistique suffisamment large, et ont à leur disposition des moyens assez puissants et assez complets pour qu'on ne puisse rapporter les insuccès ni à une observation trop restreinte, ni à l'imperfection ou au vice du *modus faciendi.*

Un mot encore sur les variations que peut offrir le traitement des maladies utérines, considéré dans ses rapports avec les diverses périodes, les formes particulières de ces maladies, leur état de simplicité ou de complication.

Les maladies de l'utérus et de ses annexes ne sont pas les mêmes à toutes leurs périodes. A mesure qu'elles marchent, il s'y ajoute un ensemble de troubles généraux qui augmentent leur gravité et leur résistance; il suit de là que le traitement local est surtout de mise dans la première période, tandis que dans la seconde le traitement général et le traitement local doivent marcher de front. Mais il est une troisième période, celle qui touche à la guérison, mais qui ne l'est pas encore, sur laquelle l'opinion des médecins n'est pas fixée : c'est celle où les phénomènes objectifs ayant disparu, les phénomènes subjectifs persistent encore, où les malades souffrant toujours, quoiqu'à un moindre degré, ne peuvent croire à cette guérison que le médecin déclare complète à l'examen de l'appareil utérin. Cela tient à ce qu'il s'écoule toujours un certain temps entre le retour de l'organe à ses conditions matérielles physiologiques et le rétablissement régulier de ses fonctions; et cet intervalle est souvent marqué, pour l'utérus comme pour les autres organes, par des douleurs nouvelles, comme si l'interruption même momentanée des fonctions d'un organe créait une sorte de sensibilité anormale, qui

doit s'épuiser et s'amortir par l'exercice même de ses fonctions. N'essayez donc pas de combattre ces douleurs par des moyens énergiques, à moins qu'elles n'aient une intensité excessive ; n'employez pas surtout de médication débilitante, tenez-vous-en à quelques calmants, aux pansements laudanisés, par exemple, et peu à peu, de jour en jour, l'utérus perdra cette sensibilité anormale que vous pouvez ne pas vous expliquer, mais qui existe réellement. C'est dans les cas de ce genre, lorsque la guérison définitive se fait attendre, que le séjour à la campagne en été, dans un air vif et pur, que l'habitation au bord de la mer et les bains de mer rendent de très-grands services, en faisant justice de ce qui reste encore de morbide.

De la prédominance des phénomènes locaux ou des phénomènes généraux découle la nécessité, pour le médecin, d'intervenir davantage par les moyens locaux ou généraux, suivant l'importance et la nature des accidents qui se présentent. Mais les cas les plus embarrassants sont certainement ces cas compliqués dans lesquels les lésions du système utérin sont assez multipliées pour qu'on ne puisse vraiment espérer le retour des organes à leurs conditions primitives ; et plus délicate encore est la conduite à tenir par le médecin, lorsqu'il semble s'être établi, entre l'état morbide du système utérin et une autre maladie, une espèce de balancement qui profite alternativement à l'un ou à l'autre.

Dans ces deux conditions, la guérison complète est à peu près impossible ; le médecin aurait donc tort de s'obstiner à employer des médications locales énergiques. Tout ce qu'il y a à faire, dans le premier cas, c'est de contenir les altérations, d'empêcher leurs progrès et de s'opposer aux réactions qu'elles peuvent réveiller ; mais ce qui est plus important encore, c'est de donner à l'organisme la somme de forces la plus considérable possible par une alimentation substantielle convenable, un air pur, des toniques de tout genre et l'hydrothérapie, employée toutefois avec grandes précautions. Dans le second cas, il y a moins à faire encore, et, malgré le désir des malades, le médecin serait coupable s'il allait, par un zèle imprudent, guérir l'affection la moins importante ; car, livrée à ses propres forces, la maladie intérieure, du poumon par exemple, ne tarderait pas à faire les plus grands progrès. C'est donc sur l'affection la plus grave que l'attention du médecin doit être dirigée ; son rôle est de la combattre par tous les moyens possibles, en se bornant seulement à soulager les souffrances trop vives qui se montrent vers le système utérin. Mais je ne dois pas vous cacher que la thé-

rapeutique joue dans ces circonstances un rôle bien modeste et bien peu satisfaisant.

Enfin, et c'est par ces préceptes que je terminerai ces considérations générales : apportez dans le traitement des maladies du système utérin une grande persévérance ; continuez longtemps le traitement qui vous donne de bons résultats, et ne croyez aux guérisons que lorsqu'elles auront été éprouvées par le temps et par plusieurs époques menstruelles successives. A ce prix, et à ce prix seulement, vous n'aurez pas de rechutes. Dans les hôpitaux, il ne nous est pas toujours facile de nous conformer à ces préceptes ; trop souvent, les femmes sortent dès qu'elles se sentent soulagées, les exigences de leur position leur faisant une dure nécessité de se contenter de peu ; ce n'est donc pas dans les hôpitaux qu'il faut vous attendre à observer des guérisons parfaites. Dans la pratique civile, au contraire, les femmes sont plus préoccupées de leur santé, et le désir d'arriver à une guérison durable les fait se soumettre facilement aux pratiques les plus rigoureuses. Sur ce terrain, vous le verrez par vous-même, les succès sont plus nombreux, mais toujours achetés au prix d'un temps considérable et d'une grande persévérance dans les moyens employés. Dr F.-A. Aran.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Recherches sur l'action thérapeutique du perchlorure de fer dans le traitement des urétrites aiguës et chroniques.

Par M. Barudel, médecin major à l'hôpital militaire de Lyon.

Lorsqu'un nouveau médicament est découvert, qu'il a pris rang dans la matière médicale, quand ses propriétés ont été étudiées et reconnues applicables à une ou plusieurs maladies par des médecins éminents, et par la probité scientifique et par le mérite, il n'est plus dès lors menacé de l'oubli. Au milieu des déceptions et des difficultés de la pratique de chaque jour, l'attention du médecin investigateur est en quelque sorte attirée vers lui, et il subit entre ses mains des applications nouvelles et rationnelles, dont le but est d'agrandir le domaine de cette nouvelle conquête de la thérapeutique.

Tel doit être le sort destiné dans l'avenir au perchlorure de fer liquide, et c'est le propre des agents qui recèlent des propriétés réelles de provoquer des essais multiples, presque toujours satisfaisants.

A peine MM. Pravaz et Burin du Buisson eurent-ils, le premier découvert la propriété coagulante du perchlorure du fer, et le second étudié son action chimique sur les principes fibrino-albumineux du sang, que ce nouvel agent eut un rôle à remplir dans quelques maladies chirurgicales graves. Ces applications furent tentées par MM. Pravaz, Bonnet, Pétrequin, Barrier et Valette : les propriétés les plus énergiques de ce sel, l'action coagulante et hémostatique, furent admises sans contestation, en présence des résultats sérieux obtenus par ces chirurgiens distingués, dans les anévrismes, les varices, les métrorrhagies, et, en général, dans la plupart des hémorrhagies. Plus récemment, MM. Aubanel, Caron et Deleau l'ont employé avec succès, le premier dans les hémorrhagies, les autres dans les flux sanguins intestinaux rebelles et dans le purpura hemorrhagica, les nævi materni, les hémorrhoïdes, les fissures à l'anus et l'hématurie.

En Orient, il y a deux ans, j'ai administré la solution de perchlorure de fer, à la dose de vingt gouttes, dans une potion gommeuse, dans les hémorrhagies intestinales causées par la cachexie scorbutique, et cela avec le plus grand succès ; dans la gengivite et la stomatite scorbutique, cette même dose de solution de perchlorure de fer, associée à 4 grammes de suc de citron, m'a fourni un collutoire bien plus efficace que les antiscorbutiques les plus vantés.

Les résultats avantageux que j'avais obtenus dans les affections si graves de la bouche me conduisirent à préconiser ce dernier mélange contre la pourriture d'hôpital, ce typhus des plaies, qui n'épargna aucun de nos blessés de l'armée d'Orient dans les hôpitaux de Constantinople et fut le précurseur de ce typhus d'hôpital qui mit le comble aux dangers qu'offrit le séjour des hôpitaux pour nos soldats malades.

Il n'est qu'un seul agent qui, entre mes mains du moins, m'ait paru plus sûr pour arrêter les ravages de la pourriture : c'est le cautère actuel. Le feu occupe incontestablement le premier rang ; mais chez tous les blessés il n'est pas possible d'employer ce moyen héroïque, soit parce qu'ils le repoussent comme trop douloureux, soit parce que la redoutable complication étant limitée à une petite surface, ils préfèrent tout autre mode de pansement ; chez tous les blessés placés dans ces circonstances, j'ai fait panser les plaies avec un mélange de suc de citron et de perchlorure de fer et j'ai obtenu des guérisons inespérées.

La propriété hémostatique du perchlorure de fer dans les hémorrhagies capillaires de la peau ou des membranes muqueuses a

promptement fait oublier les poudres hémostatiques et les liquides vantés dans l'hémostasie, tant elle est manifeste, sûre et rapide dans son action.

Depuis la découverte de ce médicament, j'avais usé très-sobrement de son usage à l'intérieur, ainsi que je l'ai indiqué plus haut, lorsque deux cas d'épistaxis foudroyants, survenus à la fin de l'été de 1857 chez deux jeunes gens, à Lyon, me firent reconnaître, dans l'administration de cet agent, même à dose assez élevée (30 gouttes dans 100 grammes d'eau sucrée), une innocuité complète, en même temps qu'un pouvoir hémostatique d'une grande énergie. Cette substance styptique, étant parfaitement tolérée par l'économie, se rangeait de plein droit dans la médication tonique dont les ferrugineux forment la base, et qui rend de si grands services dans le traitement des maladies sujettes à récidives.

La solution du perchlorure de fer à 30 degrés peut être placée au premier rang parmi les préparations martiales. Elle renferme 34,65 de sel de fer et 65,35 d'eau. C'est un liquide de couleur rouge orangé, d'une saveur styptique et acide, d'une odeur légère d'acide hydrochlorique ; étendu de trois ou quatre fois son volume d'eau, il conserve la plus grande transparence ; appliquée sur la peau, sa dissolution concentrée la colore en jaune safrané ; pris à l'intérieur depuis 6 gouttes jusqu'à 30 gouttes en vingt-quatre heures, il ne produit du côté de l'estomac ni crampes, ni pincements, ni tiraillements, ni malaises dans la région cardiaque. Ces pesanteurs, que provoquent les astringents à haute dose, n'ont jamais été accusée, par un seul de mes malades ; l'anorexie, la soif, ni aucun signe de trouble des fonctions de l'estomac n'ont jamais succédé à son emploi, même prolongé. Du côté des organes digestifs, la constipation, les coliques, qui suivent souvent l'usage des ferrugineux, n'ont jamais été observées par les malades, ce qui tient sans doute au mode d'administration que j'indiquerai ; les organes génito-urinaires n'ont présenté aucun trouble dans leurs fonctions.

Le phénomène le plus remarquable que j'ai noté est le ralentissement du pouls ; chez trente malades que j'ai observés avec soin, l'usage du perchlorure de fer fut immédiatement suivi d'une diminution marquée du nombre des pulsations du pouls ; le pouls qui, chez la plupart, battait 70 et 80 fois par minute, tomba dès le deuxième ou troisième jour à 60 et même à 50 pulsations ; la digitale elle-même n'a pas une action si rapide sur l'organe central de la circulation. Cette sédation remarquable, qui n'a été signalée par aucun observateur, explique en partie le pouvoir antihémorrha-,

gique du perchlorure de fer administré à l'intérieur dans les flux sanguins et les fluxions subinflammatoires de certaines muqueuses.

Mes premiers essais dans certains états pathologiques des membranes muqueuses génito-urinaires m'ont révélé en cet agent une action élective et thérapeutique bien manifeste sur elles; dès les premiers jours de l'usage intérieur du perchlorure de fer, les muqueuses enflammées étaient modifiées rapidement et ne sécrétaient plus ces liquides abondants et puriformes dont les phlegmasies bronchiques et génito-urinaires s'accompagnent. Ainsi, un pouvoir hémostatique qui contient le sang dans les vaisseaux capillaires et s'oppose à leur sortie; un pouvoir sédatif qui ramène rapidement les fonctions de la circulation capillaire à une action régulière: telle est la double action que le perchlorure de fer exerce sur l'économie.

Le perchlorure de fer a des propriétés antiputrides qui ont également fixé mon attention; car toutes les plaies qui se compliquent d'un caractère putride, ce qui est si fréquent dans les affections malignes et typhoïdes, et contre lesquelles les chlorures alcalins sont employés sans succès, sont modifiées rapidement par des lotions de solutions étendues de perchlorure de fer.

Je dois, dans cette note, traiter spécialement de l'emploi du perchlorure de fer dans le traitement des urétrites aiguë et chronique. — Le microscope et la physiologie pathologique nous ont appris, l'un, le rôle des capillaires sanguins dans l'inflammation, l'autre, les altérations de tissu et les troubles fonctionnels qui suivent les phlegmasies aiguë ou chroniques des muqueuses; l'indispensable complément de ces connaissances, c'est de rechercher de nouvelles et efficaces médications contre certaines maladies des membranes muqueuses, bien connues, bien décrites, et pourtant souvent rebelles à nos moyens thérapeutiques; et pour cela, il faut demander à des agents nouveaux des médications nouvelles. J'ai donc songé à ces affections, plus nombreuses dans nos hôpitaux militaires que celles des bronches et de l'intestin, aux maladies vénériennes, dont le siége le plus fréquent est le tissu muqueux, et qui envahissent les rangs de l'armée et de la population, sans que les efforts de l'art, si énergiques depuis quelques années, paraissent en borner les progrès.

Après avoir longtemps employé à l'extérieur le perchlorure de fer, et souvent infructueusement, dès que j'ai été pénétré de son innocuité complète à l'intérieur, pour l'avoir administré dans l'épistaxis, la dyssenterie, la métrorrhagie, je me suis mis à le prescrire contre des écoulements séreux datant de plusieurs mois, et, dès le début de ces

essais, j'ai pu compter des succès réels dans le traitement de l'urétrite chronique. Il y a eu tant d'illusions thérapeutiques dans les expérimentations de ces vingt dernières années, que je doutai longtemps des premiers résultats. Le médecin expérimenté ne peut jamais oublier qu'il est peu de maladies aussi opiniâtres et aussi sujettes à récidive que les urétrites aiguë et chronique ; qu'il en est peu dont la résolution soit si difficile et si longue à obtenir, et qui voient échouer aussi souvent la plupart des moyens connus.

La liste innombrable des astringents employés à l'extérieur et même à l'intérieur contre les inflammations du canal de l'urètre, que le nitrate d'argent, ce modificateur par excellence des membranes muqueuses, avait fait tomber dans le discrédit, me parut devoir être remplacée par le perchlorure de fer seul, dont la stypticité était appelée à produire une modification aussi énergique et bien moins douloureuse sur le canal que la causticité du sel d'argent. A l'intérieur, j'administrai le même médicament, espérant par cette voie obtenir plus sûrement la résolution de cette phlegmasie urétrale si rarement spécifique, et dont les symptômes inflammatoires sont ordinairement si peu intenses. J'ai indiqué comme une conséquence plus ou moins lente, mais toujours assurée, de l'administration à l'intérieur de ce médicament, son action sédative qui, dès le troisième ou quatrième jour, se manifeste en abaissant le pouls de 70 à 60 et même à 50 pulsations ; c'est l'observation de cette action physiologique du perchlorure de fer qui m'a conduit à étendre le domaine de son action thérapeutique. J'ai cru entrevoir quelques rapports entre une médication dont il serait l'agent principal et certains états morbides qu'il serait destiné à modifier. D'un côté, j'avais sous les yeux une phlegmasie, souvent indolente, à marche lente, à symptômes opiniâtres et rebelles à presque tous les agents médicamenteux, où il est peu important, la première période passée, d'agir avec célérité ; de l'autre, un médicament portant primitivement son influence sur la circulation générale, pour la modérer lentement, il est vrai, mais avec régularité, et modifiant par une action sûre, quoique secondaire, les phlegmasies du canal urétral, soit aiguës, soit chroniques, sans doute par son influence sur la circulation capillaire.

C'est surtout la durée de l'urétrite qu'abrège cette médication : quarante jours de séjour à l'hôpital pour une maladie si évidemment localisée dans le canal de l'urètre me faisait déplorer l'impuissance de l'art ; j'espérais atteindre plus sûrement et plus vite, par le traitement général et local que je préconise, cette muqueuse si délicate, si sensible dans l'état phlegmasique, et à laquelle sont appliqués

trop souvent en injections des agents qui exaspèrent les souffrances quelquefois si vives des malades. Je renouvelais sans relâche et dans tous les cas qui se présentaient à moi la prescription de ce liquide ferrugineux ; il tarissait cette sécrétion du muco-pus qui, après avoir changé en cinq ou six jours de coloration et de consistance, ne continuait pas à couler plus de huit ou douze jours, au lieu de trente ou quarante, et ma conviction fut bientôt formée, grâce aux nombreux malades entrés dans nos hôpitaux militaires pour cette affection.

La solution chloro-ferrée m'a suffi à elle seule pour remplir les indications commandées par le double traitement que je dirigeais contre la blennorrhagie, soit aiguë, soit chronique ; du perchlorure de fer étendu d'eau me fournissait une injection styptique, et 20 gouttes de ce liquide, ajoutées à 30 grammes de sirop, formaient une préparation très-efficace pour l'usage interne.

L'emploi du traitement que j'ai institué n'a jamais amené aucun accident qui m'ait forcé à le discontinuer; et pourtant, avec les traitements les plus usités de nos jours, que de complications entravent souvent la marche de la blennorrhagie! Les inflammations de la prostate et du col de la vessie, les rétentions d'urine, les abcès de la prostate, la cystite, ne se rencontrent-elles pas tous les jours lorsque l'irritation inflammatoire est mise en mouvement et chemine dans cette région, soit par la violence du mal, soit par un traitement intempestif? Quoi de plus ordinaire que de rencontrer, dans les services des vénériens, des orchites, des cystites, des abcès du périnée, des adénites et des rétrécissements, des pertes séminales et, la plus grave des complications, l'ophthalmie blennorrhagique ? Je n'ai, en résumé, eu aucun de ces accidents à combattre depuis que j'ai soumis mes malades à l'usage du perchlorure de fer.

Dans le traitement de la blennorrhagie, il est trois indications générales que je me suis proposé de remplir : 1° faire avorter l'inflammation avant qu'elle se déclarât ou qu'elle parvînt à un haut degré d'intensité ; 2° la combattre une fois qu'elle serait développée ; 3° guérir les accidents résultant de l'inflammation aiguë ou chronique. Cette dernière indication est une de celles que j'ai eues le moins souvent à remplir, car les malades que j'ai traités par le fer ont été toujours à l'abri de tout accident consécutif.

Après avoir, ainsi que dans toute maladie, pesé comme éléments d'appréciation la connaissance du siége, l'intensité de l'inflammation et son extension aux tissus environnants, j'appliquais à tous les malades atteints d'urétrite aiguë ou chronique un traitement identique, à l'exception de cas très-rares. Au début, malgré la consti-

tution du sujet, la durée du mal, ses récidives dans toutes les phlegmasies aiguës ou chroniques du canal de l'urètre, j'ai poursuivi la terminaison par résolution et l'ai obtenue par une médication toujours la même, et que je vais présenter sous la formule la plus simple. Mais auparavant je dirai quelques mots des injections que j'ai mises en usage, et c'est dans leur choix que gît toute la différence du traitement de la phlegmasie aiguë ou chronique.

Dans l'urétrite aiguë, j'ai donné la préférence à l'iodure de plomb, sel presque insoluble, ne pouvant causer aucune douleur à la muqueuse enflammée; cette injection astringente se compose de 10 grammes d'iodure de plomb suspendus dans 100 grammes d'eau distillée. La solution du perchlorure de fer, en injections, est réservée, vu la constriction si vive qu'elle exerce sur le canal urétral, pour la blennorrhagie chronique.

Dès son entrée dans le service, tout malade atteint d'urétrite aiguë est soumis à la même prescription. Le traitement local consiste en injections à l'aide de l'iodure de plomb, répétées trois fois par jour. Le traitement général est borné à l'usage intérieur, pendant dix ou douze jours, suivant la résistance de l'écoulement, d'une potion de perchlorure de fer ainsi formulée :

Pr. Eau distillée............................	60 grammes.
Perchlorure de fer à 30 degrés...........	20 gouttes.
Sirop simple..........................	15 grammes.

Ce mélange est continué pendant dix jours; la seule recommandation faite au malade est de le prendre de deux heures en deux heures.

En général, au bout de trois jours, on constate une certaine amélioration; mais, à l'aide de ces moyens interne et externe, pas plus dans l'état aigu que dans l'état chronique, je n'ai remarqué aucune aggravation dans l'état inflammatoire de l'organe.

Dès le quinzième jour, la guérison est presque toujours assurée. Le régime alimentaire est fortifiant, le lait et le lin nitré y sont ajoutés comme boissons quotidiennes.

Dans l'urétrite chronique, la seule modification apportée à une si simple médication consiste en injections faites avec :

Perchlorure de fer à 30 degrés...........	25 gouttes.
Eau distillée............................	100 grammes.

ces injections sont répétées trois fois par jour, en ayant soin de faire séjourner l'injection au moins dix minutes dans le canal. C'est dans ce précepte que réside l'avantage de ce moyen. Si le malade

ressent une chaleur trop vive ou qui tarde à s'éteindre, je prescris deux ou trois injections à l'eau froide. Il faut mettre un jour d'intervalle dans la reprise des injections, afin de laisser s'éteindre l'astriction exercée sur le canal.

La potion au perchlorure de fer est prise tous les jours sans discontinuer jusqu'au dixième jour. Les malades sont retenus encore dix jours et soumis à un régime tonique et à l'usage du vin, et, dès le vingtième jour, si je n'ai pas été obligé d'administrer de nouveau quelques potions chloro-ferrées, ils sont renvoyés comme guéris définitivement.

Voici, comme exemple de l'application de cette formule de traitement, deux observations que j'extrais au hasard des faits nombreux que j'ai recueillis.

Obs. I. *Urétrite aiguë traitée par l'emploi à l'intérieur du perchlorure de fer et l'injection à l'iodure de plomb.* — Denob..., fusilier au 55e de ligne, atteint d'urétrite aiguë, entre, le 4 décembre 1857, à l'hôpital militaire de Lyon. L'invasion de la maladie ne remonte pas au delà de dix jours, et l'écoulement a paru il y a cinq jours, le 29 novembre. A son arrivée, le malade accuse une assez vive douleur pendant l'émission des urines, le méat urinaire est rouge et légèrement tuméfié, et, dès le début, le liquide fourni par la muqueuse phlogosée est épais, jaunâtre et semblable à du véritable pus ; il est très-abondant; aucun accident ni aucune complication n'accompagne cette phlegmasie urétrale, qui est le type parfait de l'état aigu ; aucun traitement n'a été commencé.

Le 4 décembre, le malade est soumis à l'usage du lin nitré et du lait pour boisson; pour régime, la demi-portion et des légumes.

Le 5 décembre, le malade offre un écoulement plus abondant encore ; le repos a légèrement amendé la douleur du canal, le pouls est à soixante-quinze pulsations par minute. Je prescris une potion avec solution de :

Perchlorure de fer à 30 degrés.	20 gouttes,
Eau distillée.................	60 grammes,
Sirop simple................	15 grammes,

à prendre de deux heures en deux heures, et une injection avec :

Iodure de plomb.....	10 grammes,
Eau tiède simple.....	100 grammes.

Chaque injection devra être gardée dix minutes et répétée trois fois dans la journée.

Le 6 et le 7, même état; les injections sont parfaitement tolérées par le canal; même régime et mêmes prescriptions médicales.

Le 8 décembre, la douleur du canal a disparu à peu près complétement, la quantité de l'écoulement est beaucoup diminuée, et le muco-pus épais et jaunâtre que fournissait la muqueuse phlogosée à l'arrivée du malade est tout à fait transparent et inodore : ce premier effet de la potion chloro-ferrée, je l'ai toujours observé dès le quatrième ou cinquième jour.

La potion de perchlorure de fer est continuée chaque jour, sans en augmenter la dose ; trois injections par jour.

Le 10 décembre, toute douleur urétrale, même pendant l'émission de l'urine, a complétement disparu, aucune complication n'est survenue. Le liquide transparent, qui a coulé en assez grande abondance jusqu'à ce jour, a notablement diminué; le malade est mis au régime gras ; continuation des mêmes injections et de la même potion, qui ne détermine chez le malade aucun phénomène appréciable, si ce n'est l'abaissement du pouls de soixante-quinze pulsations à soixante.

Le 11 et le 12 décembre, amélioration notable ; la matière gonorrhéique a tous les caractères du mucus, ce qui indique que l'inflammation est à peu près éteinte.

Le 13 et le 14, il ne reste plus qu'un suintement séreux très-léger; la dixième potion de perchlorure est prise à cette date, et je ne juge pas nécessaire d'en continuer l'usage plus longtemps; le but que je désirais atteindre est rempli, sans qu'aucun accident se soit opposé à la complète application du traitement que je préconise.

Le 15 et le 16, la guérison est complète; le régime diététique est augmenté, le malade est mis aux trois quarts, le vin est prescrit; l'exercice est recommandé, dans l'intention de réveiller les derniers efforts de la phlegmasie urétrale, si elle n'était pas complétement éteinte. Aucun symptôme n'indiquant une menace de récidive, la guérison peut dès lors être regardée comme solide, et, le 22 décembre, le malade sort guéri.

Obs. II. *Urétrite chronique, guérie par l'emploi du perchlorure de fer à l'intérieur et à l'extérieur.* — Ré..., fusilier au 86e de ligne, entré dans mon service le 29 novembre 1857, est atteint d'urétrite chronique datant de cinq mois; pendant ce laps de temps, ce malade, qui présente un hypospadias congénital, a été traité par le copahu seul, puis par le copahu associé au cubèbe, aidé des injections astringentes; la guérison n'a jamais été solide, et il y a toujours eu récidive. L'inspection du canal ne présente dans son trajet aucune des inégalités qui correspondent à des indurations de la membrane ou à des rétrécissements; le méat urinaire est d'un rouge foncé; l'écoulement est blanchâtre; ce n'est pas, comme dans les cas les plus habituels d'urétrite chronique, une légère humidité; la sécrétion est assez abondante pour déposer sur la chemise une grande quantité de matière gonorrhéique.

Le 1er décembre, comme il n'existe pas de douleurs, le malade commence immédiatement un traitement local, consistant en injections faites avec une solution très-étendue de perchlorure de fer, 25 gouttes pour 60 grammes d'eau distillée, à garder dans le canal dix minutes au moins; à l'intérieur je prescris une potion dans laquelle je fais mettre 12 gouttes de solution de perchlorure de fer, à prendre par cuillerée à bouche, de deux heures en deux heures.

Le 2, la potion au perchlorure de fer a été bien supportée; l'injection chloroferrée déterminant un vif sentiment d'astriction, je prescris tous les soirs une injection à l'eau froide; le malade est mis à la demi-ration (viande et légumes), au lait et au lin nitré pour boisson.

Les 3 et 4, pas de changement bien notable, même régime, mêmes moyens thérapeutiques; le pouls est à soixante-douze pulsations.

Les 5 et 6, dès la sixième potion, l'écoulement n'est plus qu'un suintement qui présente, surtout dès le matin, une gouttelette d'un liquide peu épais, visqueux, assez transparent.

Les 7 et 8, l'abondance du mucus est à peu près complètement tarie; il ne reste plus qu'une très-légère humidité; le pouls est à cinquante-cinq pulsations.

Le 10; depuis deux jours, en exerçant une certaine pression sur le canal de l'urètre, il est impossible de constater la présence de la plus légère quantité de liquide; l'usage du modificateur, dont l'action énergique est si manifeste, a été continué, *intus et extrà*, jusqu'au 10 décembre, et, dès ce jour, à la dixième potion chloro-ferrée, je cesse toute médication; tout symptôme d'urétrite chronique a disparu, aucune complication n'est venue traverser un traitement aussi promptement efficace.

Le malade est soumis pendant un septénaire à un régime tonique, à l'usage du vin; il prend des bains, et, le 18 décembre, il est renvoyé à son régiment, pouvant être considéré comme guéri définitivement en quelques jours d'une urétrite chronique datant de cinq mois.

En résumé : 1° Les recherches que j'ai entreprises sur les propriétés thérapeutiques du perchlorure de fer, *intus et extrà,* m'ont conduit à l'employer avec succès dans le traitement de la blennorrhagie aiguë et chronique.

2° Cet agent, un des plus étudiés de la chimie médicale, doué de propriétés hémostatiques bien constatées, possède en outre, comme puissant agent de coagulation, une action sédative bien manifeste sur la circulation générale.

3° De nombreux expérimentateurs se sont occupés de son action sur les anévrismes, les varices, dans les hémorrhagies, les hémoptysies, les métrorrhagies. J'ai suivi leurs traces, en appliquant, de mon côté, au traitement de quelques-unes des maladies vénériennes rebelles aux efforts de l'art, ce nouvel agent, dont l'innocuité est bien établie.

4° La solution de perchlorure de fer à 30 degrés est administrée à l'intérieur, à la dose de 20 à 30 gouttes par jour, dans l'état aigu comme dans l'état chronique; dans l'immense majorité des cas, le perchlorure de fer semble agir à la manière d'un spécifique.

5° Le perchlorure de fer suffit dans le traitement de l'urétrite simple; mais quand l'élément syphilitique s'associe à l'élément phlegmasique, les mercuriaux sont formellement indiqués.

6° Le complément le plus important de ce traitement pour qu'il soit efficace est de prescrire une injection qui soit bien supportée par l'urètre et passe inaperçue; les seuls topiques qui lui conviennent et qui m'ont réussi sont : l'iodure de plomb pour l'urétrite aiguë, et la solution de perchlorure de fer très-étendue pour la blennorrhagie chronique.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Note sur un mode de préparation et de conservation de l'acide hydrocyanique normal.

Par M. DANNECY, pharmacien en chef de l'hôpital de Bordeaux.

Les praticiens et les pharmaciens savent combien il est difficile, sinon impossible, de conserver l'acide hydrocyanique pur ou étendu. Tous les procédés publiés jusqu'à ce jour ne donnent que des résultats très-imparfaits, et le problème de la conservation de l'acide hydrocyanique est encore à résoudre.

Cette altérabilité a dû nécessairement contribuer pour beaucoup à l'oubli presque complet dans lequel est tombé ce médicament, d'un maniement dangereux et d'un dosage toujours incertain. Frappé, comme mes confrères, de cette lacune pour l'emploi d'une substance que les travaux et les observations de médecins distingués semblaient devoir protéger contre un oubli si complet, je tentai quelques essais et recherchai le moyen de le conserver, de le doser facilement et d'en rendre le maniement aussi peu dangereux et d'une conservation aussi facile que beaucoup d'autres préparations pharmaceutiques journellement employées.

Je me suis servi, pour obtenir l'acide hydrocyanique pur, du procédé indiqué par Everitt et adopté par le collége des pharmaciens de Londres, et qui consiste à décomposer une quantité de cyanure d'argent par son équivalent d'acide chlorhydrique étendu d'eau. Ce procédé a plusieurs avantages :

1° Celui d'être très-prompt et très-facile ;

2° Et celui de fournir un acide parfaitement pur et de pouvoir établir des proportions toujours absolument semblables, puisque le point de départ est de l'acide anhydre.

Voici la formule que j'ai adoptée et qui m'a donné les résultats les plus satisfaisants. J'ai un échantillon d'acide hydrocyanique préparé par ce procédé, conservé depuis quatre ans, et qui n'a pas subi la moindre altération.

PR. Cyanure d'argent	25 grammes.
Acide hydrochlorique à 1,21	45 grammes.
Eau distillée	125 grammes.
Alcool	100 grammes.
Sirop simple filtré, préparé par simple solution	Q. S.

On obtient ainsi 500 grammes de liquide, que j'appelle *acide hydro-*

cyanique normal. Chaque gramme de cet acide renferme très-exactement 1 centigramme d'acide pur.

L'acide hydrocyanique préparé dans de semblables conditions ne peut ni ne doit être comparé à l'acide hydrocyanique médicinal au dixième des formulaires ; on s'exposerait à de graves erreurs en les prenant l'un pour l'autre. L'acide hydrocyanique normal que je propose ne peut, ni par divisions ni par multiplications, être rapporté aux anciennes formules. C'est ce qui m'a déterminé à donner ici quelques formules des préparations, aux doses où je l'ai vu employer.

Sirop hydrocyanique normal.

Pr. Sirop simple décoloré et froid............	500 grammes.
Acide hydrocyanique normal.............	50 grammes.

Mêlez et conservez dans des flacons en verre bleu.

10 grammes de ce sirop représentent 1 gramme d'acide normal, soit 1 centigramme d'acide pur.

Potion sédative.

Pr. Eau distillée de laitue...............	100 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger..................	20 grammes.
Acide hydrocyanique normal...............	2 grammes.

Cette potion, prise par cuillerées, a souvent calmé des toux nerveuses très-opiniâtres chez les enfants affectés de coqueluche.

Sirop calmant.

Pr. Sirop de violettes.................... ...	100 grammes.
Sirop de Tolu.........................	100 grammes.
Acide hydrocyanique normal.............	4 grammes.

Mêlez par cuillerées à café contre la coqueluche.

Note sur la meilleure forme à donner à quelques préparations pharmaceutiques destinées à l'usage externe.

Lorsqu'on consulte les formulaires dans le but de choisir la meilleure forme pharmaceutique à donner aux médicaments destinés à l'usage externe, on est d'abord frappé de la quantité de pommades et de liniments dont les formules ont été publiées, et on est tout disposé à prescrire des pommades ou des liniments, puisqu'il ressort, d'une manière évidente, de ces recherches, que ces préparations ont toujours été préférées. Mais si l'on se demande pour quelles raisons un très-petit nombre de praticiens ont formulé des saponés, on est conduit à admettre ou à supposer qu'ils n'ont changé la forme ordinaire de ces préparations, que parce qu'ils n'avaient pas obtenu de bons effets

des pommades et des liniments, et que le nombre de formules qui existent ne prouve pas l'efficacité des préparations formulées; car elles pourraient fort bien n'être que le résultat d'une habitude contractée, consacrée par le temps.

Nous avions remarqué depuis un grand nombre d'années que les préparations graisseuses n'avaient pas, en général, de grandes propriétés thérapeutiques, et nous avions été conduit à penser, par une bien simple observation qu'il est inutile de rapporter ici, que les saponés pourraient peut-être remplacer avantageusement, nous ne dirons pas tous, mais presque tous les liniments et quelques pommades.

Nous fîmes alors quelques expériences, et nous reconnûmes que lorsqu'on frictionne une partie du corps avec un peu de saponé alcoolique, tout le liquide est absorbé; que la seconde quantité de saponé fait ressortir une partie du liquide primitivement employé; que tout est absorbé de nouveau, et qu'en continuant quatre ou cinq fois, nombre nécessaire pour une friction, on obtient une mousse très-épaisse qui pénètre également dans la peau. Le lendemain, nous lavâmes avec un peu d'eau la partie frictionnée: nous fûmes surpris de ne pas voir ressortir le savon et convaincu dès lors de l'utilité des saponés comme médicaments externes. Nous conseillâmes leur emploi dans les affections rhumatismales, dans les contusions, etc., et les malades en éprouvèrent de très-bons effets.

Des occupations nous empêchèrent de publier ces observations, et lorsque nous nous disposâmes à les faire connaître, un scrupule nous arrêta. En effet, tous les savants ne sont pas d'accord sur les fonctions du derme; les uns le considèrent comme un organe essentiellement excréteur, d'autres le regardent comme pouvant absorber et sécréter, tandis qu'un grand nombe admet qu'il peut être pénétré par certains liquides, mais qu'il ne laisse rien passer. Il était donc essentiel, avant de publier nos remarques, de faire quelques expériences pour savoir si les saponés étaient réellement absorbés.

Nous savions déjà que la pénétration des saponés dans le derme était un fait incontestable et que leur efficacité n'était pas douteuse lorsque les principes actifs avaient une certaine action irritante ou calmante, puisque, par suite de cette pénétration, ils se trouvaient en contact avec les filets nerveux; mais, voulant donner plus de précision à cette note, nous nous soumîmes à quelques expériences, dans le but d'expliquer le rôle que les saponés peuvent jouer dans le traitement d'un certain nombre d'affections et pour savoir si le système

dermique, qui a une fonction spécialement éliminatrice et par conséquent une fonction absorbante peut-être douteuse, ne pouvait pas, cependant, laisser passer des agents thérapeutiques dans la circulation.

Pour étudier l'action de ces préparations, nous composâmes un saponé avec l'iodure de potassium et nous nous fîmes quatre frictions, une par jour, sur l'épigastre. Nous analysâmes notre urine dans l'intervalle des frictions, et nous reconnûmes qu'elle contenait des quantités notables d'iode. Après cela, nous lavâmes la partie frictionnée avec de l'eau et nous recueillîmes un liquide qui tenait en suspension des acides gras provenant de la décomposition du savon par les liquides acides qui sont secrétés par la peau, et en dissolution de l'iodure de potassium. Nous continuâmes cinq jours de suite ces lavages, et nous obtînmes tous les jours de l'iodure et un peu d'acides gras.

Ces faits, qui prouvent d'une manière évidente que le derme se laisse facilement pénétrer par les saponés alcooliques ; que la peau rejette une partie des principes qu'elle absorbe; que des agents thérapeutiques peuvent traverser le derme, se répandre dans toute l'économie, produire des effets physiologiques et être expulsés pàr les voies ordinaires, nous permettent enfin de proposer, sous le nom de *saponés*, des formules qui sont propres à remplacer les liniments et quelques pommades, toutes les fois que les surfaces du corps sur lesquelles ces préparations doivent être appliquées ne sont pas dénudées.

Voici quelques formules comme exemples.

Saponé à l'iodure de potassium.

Iodure de potassium..................	4 grammes.
Eau..............................	4 grammes.
Alcoolé de savon.....................	32 grammes.

Dissolvez l'iodure dans l'eau, et mêlez.

Saponé laudanisé.

Laudanum...........................	4 grammes.
Alcoolé de savon......................	36 grammes.

Saponé ammoniacal laudanisé.

Ammoniaque.........................	4 grammes.
Laudanum...........................	4 grammes.
Eau-de-vie de lavande ambrée..........	4 grammes.
Alcoolé de savon......................	28 grammes.

Saponé d'extrait de belladone.

Extrait de belladone..................	4 grammes.
Eau................................	4 grammes.
Alcoolé de savon......................	52 grammes,

Dissolvez l'extrait dans l'eau, et mêlez.

Saponé de sulfure de sodium.

Sulfure de sodium cristallisé............	4 grammes.
Eau distillée.........................	8 grammes.
Alcoolé de savon......................	20 grammes.

Saponé d'alcoolé de digitale.

Alcoolé de savon......................	20 grammes.
Alcoolé de digitale....................	20 grammes.

Mêlez.

On peut préparer de la même manière les saponés de scille, de camphre, etc. DESCHAMPS.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Considérations pratiques sur le rétrécissement de l'urètre dit infranchissable et sur son traitement (1).

Par M. le docteur CH. PHILLIPS.

Traitement des rétrécissements qui laissent filtrer l'urine. — La prudence dans l'exécution du cathétérisme est sans doute une des conditions de succès ; mais, pour réussir dans les cas difficiles, il faut encore avoir une grande foi dans la puissance de la sonde ; elle encourage le chirurgien à persévérer dans ses essais, et elle lui fait atteindre un but qu'il eût manqué, faute de persévérance. Je crois que les cas où une bougie ne peut pas être portée jusque dans la vessie sont très-rares ; et si j'accepte le fait du rétrécissement infranchissable, c'est d'après l'assertion d'hommes éminents, dont l'opinion est respectée.

M. Vidal, par exemple, dit : « Franchir le rétrécissement est le but le plus important et le plus difficile ; tous les rétrécissements ne sont pas franchissables, et il est arrivé à tous les chirurgiens d'échouer, quelque patience que l'on y mît, et quelques variées que fussent les manœuvres. » (Union médicale, 1855, p. 372.)

M. Maisonneuve « reconnaît, *comme tout le monde,* des rétrécissements infranchissables. » (*Ibid.*)

M. Ricord déclare « qu'il lui est arrivé fréquemment de renoncer à l'introduction d'une bougie, après avoir employé toutes les manœuvres classiques les plus patientes et les plus variées. » (*Ibid.*)

Sans doute, il faut tenir compte de l'opinion émise par de tels chirurgiens ; mais je dois dire que pendant vingt-deux années de pratique, je n'ai pas rencontré un seul cas de rétrécissement qui ait empêché l'introduction d'une bougie. Souvent j'ai lutté contre de grandes difficultés, souvent aussi j'ai renouvelé mes essais pendant

(1) Voir la livraison précédente, p. 348.

plusieurs jours, et la confiance que j'ai dans l'action de la sonde m'a toujours fait retrouver la voie naturelle.

On rencontre dans l'urètre des obstacles d'une nature particulière : ce sont les rétrécissements formés par les cicatrices des déchirures de l'urètre, et des contusions du périnée, autrement dit les *rétrécissements traumatiques*.

Dans ces cas, les difficultés sont grandes, surtout à la courbure du canal. Cette région, dont la direction naturelle est déjà un empêchement au libre passage d'un instrument, est aussi le siége de phénomènes nerveux qui aggravent la situation ; il faut donc tenir compte : 1° des contractions spasmodiques des muscles qui enveloppent la portion membraneuse ; 2° de la grande dilatabilité du bulbe, et 3° accidentellement, des fausses routes que des mains inhabiles ont pu faire en avant du rétrécissement.

L'introduction d'une bougie filiforme dans un rétrécissement traumatique est toujours une manœuvre délicate ; c'est principalement dans ces cas qu'on a admis l'imperméabilité, et qu'on a imaginé les opérations hasardeuses de la ponction des obstacles, du cathétérisme forcé et de la boutonnière. Ce rétrécissement est toujours plus difficile à dépasser que celui formé après une inflammation de l'urètre : dans ce dernier cas, l'altération des tissus n'a pas de limite brusquement arrêtée ; et c'est sur une certaine étendue qu'on trouve ses traces, qui s'affaiblissent insensiblement à mesure qu'on s'éloigne de la stricture : au contraire, après une cause traumatique, la transformation des tissus ne dépasse point la cicatrice, et quelle que soit la longueur de la portion rétrécie, la partie de l'urètre, qui est en avant, n'est point altérée.

Ce fait devient évident lorsqu'on injecte au mercure les lymphatiques de l'urètre : après avoir fait pénétrer le tube à injection dans le tissu érectile, à un ou deux centimètres en avant de l'obstacle, on voit le mercure arrêté dans sa marche par la ligne blanche formant le rétrécissement : si, au contraire, le tube est introduit seulement sous l'épithélium, on voit les globules mercuriels parcourir toute la surface du canal et y dessiner des anastomoses très-fines et très-déliées, semblables à celles fournies par les *vasa vasorum*. Ces vaisseaux perdent insensiblement leur capacité, à mesure qu'ils se rapprochent du rétrécissement.

Lorsqu'il y a une cicatrice, un rétrécissement traumatique, la diminution du volume n'est pas progressive : elle apparait brusquement, et elle établit, sans transition, la séparation entre les tissus sains et ceux qui ont été atteints par la déchirure.

Ces injections au mercure prouvent que dans le rétrécissement, produit de l'inflammation, il n'y a pas destruction de tissus, mais seulement altération de la texture, qui s'amoindrit en s'éloignant du point central; tandis que, après une cause traumatique, l'obstacle est constitué par un tissu nouveau, dont les éléments, ne se mêlant pas aux tissus sains, laissent entre eux une démarcation parfaitement distincte.

Il y a donc entre ces deux espèces de rétrécissements cette différence, que, dans la première, l'urètre va en diminuant de capacité, jusqu'à l'obstacle; qu'il forme un conduit en entonnoir qui dirige la bougie vers le passage resté ouvert; et que, dans la seconde, il conserve toute son ampleur et son élasticité au devant et contre le rétrécissement; de sorte que, dans ce grand espace, la bougie se pelotonne aisément sous la plus légère pression, et c'est par hasard que sa pointe rencontre l'ouverture de l'obstacle, puisqu'il est impossible de lui donner une direction et qu'elle n'en reçoit pas des parois du canal.

On a imaginé différents moyens pour introduire les bougies dans les rétrécissements étroits, multiples et irrégulièrement placés.

Trye et Sommering ont injecté de l'huile d'olive et de l'huile opiacée; après avoir fermé le méat urinaire, ils pressaient avec le doigt la paroi inférieure du canal, afin de faire passer le liquide plus loin, et ils répétaient cette manœuvre jusqu'à ce que la bougie entrât dans le rétrécissement.

Amussat a fait des injections forcées d'eau tiède, afin de dégager le bout de l'instrument, retenu assez fortement dans l'obstacle pour ne pouvoir pas être enfoncé dans la vessie ou retiré vers le méat urinaire. Cette pratique douloureuse, et trop souvent impuissante, n'est plus employée.

Ducamp a voulu rendre moins incertain le maniement de la bougie filiforme, en la conduisant contre le rétrécissement à l'aide d'un conducteur dont l'ouverture excentrique peut être dirigée sur l'une ou l'autre paroi de l'urètre : ce procédé, basé sur les empreintes prises avec la bougie terminée par une masse de cire, a été abandonné aussitôt qu'on a reconnu l'inexactitude des empreintes.

Beniqué a cru pouvoir diriger une bougie très-fine sur l'orifice dévié d'un rétrécissement, en se servant d'un tube en métal ouvert aux deux bouts et rempli par un mandrin, afin de le transformer en un cylindre lisse. Lorsque cet appareil a atteint l'obstacle, on retire le mandrin et on y place un faisceau de bougies parallèles, dont le nombre est d'autant plus grand, le diamètre d'autant plus

petit, que l'ouverture à franchir est plus étroite : le tube ainsi armé est tenu immobile, et on prend isolément une des bougies qu'on pousse en avant, afin de la faire entrer ; si on ne réussit pas, on imprime le même mouvement à chacune des autres isolément, jusqu'à ce qu'on ait agi sur celle qui est en regard de l'ouverture de l'obstacle ; ensuite, on retire le reste du faisceau et on extrait le tube. Ce procédé rend plus facile l'entrée de la bougie dans le premier rétrécissement, mais il ne diminue pas les difficultés pour traverser ceux qui sont placés derrière lui.

Dupuytren, qui redoutait avec raison les conséquences d'un cathétérisme forcé, a placé une sonde en permanence contre le rétrécissement, et il a cherché à en expliquer l'action par l'expression restée célèbre de *dilatation vitale*, que personne n'a comprise et dont tout le monde s'est contenté. L'usage prévaut encore, et cette pratique, bien qu'inutile dans les cas dont nous parlons, est encore employée aujourd'hui dans quelques hôpitaux.

Sans doute, on a remarqué que ces différents procédés opératoires sont basés seulement sur la position excentrique de l'ouverture et nullement sur le siége alterne des rétrécissements multiples ; cette disposition, dont l'importance pratique semble avoir été méconnue, a été prouvée par M. Leroy, qui a établi sur elle l'emploi de la bougie tortillée. Cet instrument doit être présenté doucement et sans recevoir de mouvements de rotation ; s'il butte, on le retire un peu, on change la position de la pointe en le faisant légèrement tourner entre les doigts, et on le pousse de nouveau. Ces manœuvres doivent, dans certains cas, être répétées un grand nombre de fois, et à force de patience et de légèreté des mains, on parvient à le faire entrer dans le pertuis des divers rétrécissements. Ordinairement, lorsqu'il a franchi les obstacles, il arrive facilement à la vessie, et on peut lui donner un mouvement de va-et-vient avec une grande liberté.

Mais la bougie en caoutchouc se refuse à de persévérantes manœuvres, parce que la chaleur et les mucosités du canal la ramollissent et effacent la spirale qu'on lui a donnée ; elle redevient droite et elle perd ses avantages lorsque la pointe de cette bougie est pincée et retenue après avoir traversé le rétrécissement : sa trop grande souplesse ne peut vaincre la contraction musculaire qui l'arrête, elle se pelotonne, et il faut la retirer ou attendre que le spasme ait cessé.

Ces inconvénients n'existent point lorsqu'on se sert des bougies filiformes en baleine, matière première depuis longtemps employée,

abandonnée ensuite, recommandée de nouveau par M. Guillon en 1832, et dédaignée encore lors de la vogue dont ont joui les instruments de Mayor.

Dans les cas difficiles, je me sers toujours de la bougie en baleine, et, grâce à la facilité qu'elle a de conserver la forme de spirale qu'on lui donne au moment de l'introduire, grâce à sa résistance, qui l'empêche de se pelotonner, on a un instrument dont la pointe est toujours en contact avec les parois du canal, qui a une force suffisante pour ne pas être arrêté par un spasme, et qu'on manie sans danger, à la condition cependant de ne pas céder à des mouvements d'impatience et de conserver la légèreté de mains indispensable pour exécuter des manœuvres de longue durée.

Je place le malade debout contre un meuble ou contre un mur et j'introduis la bougie très-lentement jusqu'au rétrécissement contre lequel je l'appuie pour ne plus le quitter, et je la fais tourner très-doucement sur son axe, sans jamais lui imprimer un mouvement de va-et-vient. Lorsque les obstacles sont profondément situés, lorsqu'ils sont très-près de la portion membraneuse, le contact de la bougie produit des phénomènes nerveux qui peuvent aider au succès de l'opération. C'est un état syncopal qui amène le relâchement des muscles. Jamais je ne les ai vus, lorsque les rétrécissements sont placés dans la portion pénienne. Souvent j'ai eu l'occasion de remarquer qu'une bougie retenue dans un rétrécissement arrivait facilement dans la vessie pendant cet état de malaise. Ce n'est pas le rétrécissement, comme on le croit, qui emprisonne la bougie : on en a la preuve par la liberté qu'elle a de se mouvoir, lorsqu'elle l'a franchi ; on a cherché à expliquer cette constriction par la piqûre de la pointe de la bougie sur un second rétrécissement, piqûre qui devient subitement une cause d'irritation et de turgescence dans le premier obstacle. Si l'on réfléchit que ce pincement n'a jamais lieu pour les bougies filiformes, dans les rétrécissements de la portion pénienne, et qu'il se produit seulement lorsque la bougie a pénétré dans la portion membraneuse, on devra reconnaître que c'est à la contraction brusque et énergique de la masse musculaire qui l'embrasse et non à la turgescence du rétrécissement qu'est dû ce pincement et cet arrêt de la bougie. Il faut donc attendre ou provoquer le relâchement de ces muscles ; la syncope vient souvent en aide au chirurgien, mais elle n'est pas constante ; et lorsqu'elle me fait défaut dans des cas difficiles, je fais prendre au malade, par intervalles, quelques cuillerées d'eau contenant une faible dose d'émétique.

loppèrent, le gonflement périnéal s'étendit aux bourses, à la verge et aux régions inguinales ; deux incisions nouvelles faites sur le périnée et sur le scrotum amenèrent un changement heureux dans l'état du malade, qui put continuer le traitement du rétrécissement.

« Un mois après, il se forma un abcès rétro-pharyngien qui compromit sa vie ; M. Nélaton donna issue au pus, et la santé se rétablit. L'usage des bougies fut continué, et ce malade, dont la fistule est réduite à un petit pertuis, est sorti de l'hôpital, en pouvant introduire lui-même une sonde de sept millimètres. (Gazette des hôpitaux.) »

On voit donc que d'anormales dispositions des tissus, sans oblitérer complétement le canal, rendent néanmoins très-difficile l'introduction d'un instrument dans la vessie, quoique l'urine en sorte en totalité par l'urètre. Ces cas ont été déclarés *rétrécissements infranchissables*. Nous pensons qu'on s'est trop hâté de croire à l'imperméabilité des obstacles, et qu'avec des instruments plus convenables, plus aptes à se prêter à certaines exigences, et surtout qu'avec plus de persévérance et de foi dans leur puissance on eût atteint un but auquel on a trop tôt renoncé.

(*La fin au prochain numéro*).

BIBLIOGRAPHIE.

1° *Traité de la phthisie pulmonaire et de son traitement*, par P. Chartroule, ancien professeur à l'Ecole préparatoire de médecine, ex-agent du troisième dispensaire, membre de la Société médicale du cinquième arrondissement.

2° *De la cause immédiate et du traitement spécifique de la phthisie pulmonaire, et des maladies tuberculeuses*, par J. Francis Churchill, D. M. P.

Que la phthisie pulmonaire guérisse quelquefois, assez souvent même, c'est là un fait que les recherches nécroscopiques ont mis hors de toute contestation. En présence de ce fait, tout travail qui a pour but de rechercher les moyens d'imiter la nature dans ce travail de réparation organique est donc légitime, et mérite d'être encouragé. Hâtons-nous d'ajouter toutefois que la critique, en face de travaux de cet ordre, ne doit point oublier qu'ici, plus qu'ailleurs peut-être, l'illusion est possible, ainsi que ne l'atteste que trop clairement la tradition de la science, et qu'aux mécomptes à la charge de cette illusion s'ajoutent encore, dans quelques cas, des erreurs qui proviennent d'une source moins pure. C'est donc avec un intérêt réel que nous abordons la lecture de tout livre, dont le titre nous promet une médication efficace contre la phthisie ; mais, en même temps, nous nous tenons sur nos gardes, et veillons à ce qu'on ne

nous fasse pas complice d'une erreur, et surtout à ce qu'on ne nous surprenne pas notre assentiment, si humble qu'il soit, à l'égard d'une médication pipée. Avec MM. Chartroule et Francis Churchill, nous n'avons assurément à nous mettre en garde que contre l'erreur; mais ce danger nous paraît réel, et nous le dirons sans ambages, avec l'indépendance d'un homme qui ne demande à la science que la vérité.

Parlons d'abord du travail de M. Chartroule qui, sinon par droit de conquête, au moins par droit de naissance, prime celui de M. Churchill. Il paraît que c'est, mû par un sentiment profondément triste de l'impuissance de l'art contre cette terrible affection, que M. Chartroule s'est mis à la recherche d'une médication spéciale contre la tuberculisation. « J'ai embrassé cette cause, dit-il quelque part, avec d'autant plus d'ardeur qu'elle était, en définitive, la cause du désespoir, qu'on ne pouvait rien faire de pis que ce qui existait déjà : l'abandon des malades et l'aveu d'une impuissance fatale.

Victrix causa diis placuit, sed victa Catoni.

C'est là l'effet d'un bon naturel, et, sans réticence aucune, nous en félicitons l'auteur; mais la fortune, qui est femme, et qui, à ce titre, a une foule de caprices, a-t-elle couronné de si louables efforts, une si vaillante détermination ? C'est là ce que nous allons examiner succinctement.

Que l'auteur nous permette de sous-entendre ici les deux premières parties de son livre, pour arriver d'emblée à la dernière, dont la bonne nouvelle qu'elle nous promet nous fascine, nous entraîne, nous fait croire à tout ce qu'il pourra nous dire sur l'histologie normale ou anormale des organes de la respiration, sur l'anatomie pathologique de l'affection tuberculeuse, sur son étiologie, sur sa symptomatologie, par la raison que cela se trouve partout, et ne se trouve ici même que passablement dilué et médiocrement reproduit. L'iode inspiré guérit-il la phthisie? Voilà donc, en face du livre de M. Chartroule, l'unique question que nous nous posons et qu'avec les éléments qu'il nous fournit nous allons nous efforcer de résoudre. Si, pendant les dix dernières années qui viennent de s'écouler, heureusement ou malheureusement, nous n'avons eu le sort d'Epiménide, il nous semble que les recherches de M. Chartroule remontent au moins au commencement de cette décade; or, comment, si les inspirations d'iode ont sur la tuberculisation pulmonaire l'influence décisive qu'il affirme si nettement, comment, dis-je, n'est-il en mesure de ne nous produire qu'un si maigre contingent

d'observations? Cette remarque n'est pas sans quelque portée. Quand, pendant dix ans, un médecin qui ne peut se défendre de s'être fait un peu *spécial* aux yeux des gens du monde, de bas ou de haut étage, pour le traitement de la pulmonie, ne cite et ne peut guère citer, par conséquent, qu'un très-petit nombre d'observations où la médication préconisée a montré quelque efficacité, n'est-on pas en droit de se demander si cette médication a eu quelque part à cette amélioration, ou si celle-ci n'est pas le simple effet d'une suspension spontanée des accidents, telle qu'il n'est pas rare de le rencontrer dans la marche ordinaire de la maladie? Voilà une première question à laquelle nous aurions désiré que l'auteur eût à l'avance répondu, ne fût-ce que pour nous éviter l'ennui de la lui poser.

Seconde question. Parmi ces observations, il en est quelques-unes où M. Chartroule semble appeler, en témoignage de l'efficacité de sa médication, quelques médecins à l'autorité desquels nous avons accoutumé de déférer, M. le professeur Grisolle, par exemple. Or, si ce témoignage était aussi explicite qu'on voudrait nous le persuader, comment se fait-il que, dans le traité de pathologie de cet habile praticien, dont nous parlions naguère à cette même place, ce témoignage devienne si discret qu'il disparaît complétement pour être remplacé par cette phrase, où rien ne laisse pressentir la bonne fortune thérapeutique dont on nous parle. « Je ne dirai rien, dit cet auteur, du sous-carbonate de potasse, proposé par M. Pascal, de Strasbourg, ni du sel ammoniac donné par le docteur Cless, de Stuttgard, ni de la digitale, de l'acide cyanhydrique et de l'*iode*, administré soit à l'intérieur, soit en fumigation, car l'expérience n'a reconnu aucune utilité à tous ces agents (1). » Un certificat de M. Trousseau, que l'auteur cite dans une autre circonstance, prouve bien plus en faveur de l'humilité de l'auteur qu'en faveur de l'iode.

Enfin, et c'est par là que nous terminons, sans se montrer trop exigeant on peut dire, ce nous semble, que, dans les observations rapportées pour démontrer l'efficacité de la médication dans la phthisie pulmonaire, le diagnostic local manque de cette vigueur, de cette précision qui forcent l'assentiment des esprits les plus rebelles : le luxe ici, c'est à peine le nécessaire.

En résumé, nous ne pouvons qu'applaudir à l'honnête intention qu'a eue M. Chartroule en publiant ce livre, mais nous ne pensons pas qu'il ait atteint le but qu'il se proposait. S'il a vraiment foi dans son œuvre, qu'il la poursuive donc, et si de fortune il vient à bout

(1) Traité élémentaire et pratique de pathologie interne, septième édition, t. II, p. 513.

de sa difficile entreprise, ce sera notre devoir de le dire, comme ç'a été notre droit aujourd'hui de nier qu'il y soit encore parvenu.

M. Churchill a-t-il été plus heureux que son compétiteur? C'est maintenant ce que nous allons examiner rapidement.

Disons-le tout de suite, la science de l'ancien médecin de la Havane nous paraît plus réfléchie, plus méditée, plus en mesure de trouver. Les questions de philosophie médicale ne sont pas étrangères à M. Churchill, seulement il ne faut pas toujours les chercher où elles devraient être, car on courrait risque de désespérer de les rencontrer. Ainsi si, dans un pareil ouvrage, la question de méthode devait être posée quelque part, c'était évidemment dans les premières pages; eh bien! c'est précisément à la fin qu'au contraire vous la trouvez, non assurément résolue, mais nettement posée en face de l'organicisme pris. Mais passons; ce n'est point d'une question philosophique que nous devons nous occuper ici, mais d'une question beaucoup plus simple, d'une question de thérapeutique, dont l'expérience, en dernier ressort, est le souverain juge.

M. Churchill, exerçant depuis plusieurs années la médecine à la Havane, est revenu il y a quelque temps en Europe, convaincu qu'il rapportait dans les plis de son manteau de voyageur une médication propre à lutter efficacement contre la diathèse tuberculeuse, contre la tuberculose, comme il dit. Cette médication est aussi simple dans son application que dans la conception théorique dont elle est une conséquence directe. Elle consiste à introduire dans l'organisme le phosphore sous une forme assimilable et à des doses qui en assurent l'innocuité. Ce sont les hypophosphites de potasse ou de soude qui lui ont semblé surtout répondre à ses desseins, et ce sont ces sous-sels dont il vient soumettre aujourd'hui à ses confrères les effets thérapeutiques dans la maladie à laquelle il les oppose. Peut-être nos lecteurs se souviennent-ils que déjà, dans les hôpitaux, des expériences ont été instituées en vue de vérifier l'utilité de cette médication, et que jusqu'ici, ainsi qu'on l'a fait connaître dans ce journal même, elles ont complétement échoué. Attribuera-t-on l'insuccès de ces tentatives aux conditions défavorables où se trouvaient les malades, c'est-à-dire à l'influence hostile des hôpitaux. Nous répondrons à cette objection, que les médications héroïques n'ont pas besoin de meilleures circonstances hygiéniques pour manifester leur puissance. Dans notre opinion, ces résultats si formellement négatifs d'une expérimentation nosocomiale largement exécutée nous font véhémentement soupçonner qu'il s'agit encore ici malheureusement d'une illusion. Nous ne nions pas quelques-uns des bons effets ob-

tenus et si énergiquement affirmés, mais nous pensons qu'ils doivent être spécialement rapportés à l'élément diététique qui marche toujours parallèlement avec la médication, et avec lequel on nous a appris à ne pas assez compter.

D'ailleurs, en examinant avec attention les faits que cite M. Churchill, on ne peut s'empêcher de regretter que lui aussi ne les produise pas avec des caractères si nettement tranchés que le doute ne soit pas même possible. Si l'auteur, en face des contradictions qu'il rencontre de toute part dans la voie hardie où il s'est engagé, conserve toujours ses convictions, nous l'engageons, dans l'intérêt même du but qu'il poursuit, à être net comme un chiffre. Cette vigueur, cette logique sans ambages, la fréquence de la maladie, sa symptomatologie si avancée de nos jours, la rendent possible à un homme tel que M. Churchill. — En deux mots, il y a dans l'ouvrage de M. Churchill, comme dans celui de M. Chartroule, un je ne sais quoi qui fait qu'on doute en face de l'affirmation la plus explicite. Que l'un et l'autre s'appliquent à affranchir l'esprit de cette incertitude. *Hic labor, hoc opus.*

BULLETIN DES HOPITAUX.

Du crayon ou charbon caustique et des principales applications dont il est susceptible, en particulier au traitement des affections de l'utérus. — Voilà déjà quelques mois que notre honorable collègue, M. Bonnafond, a donné la formule d'une espèce de crayon ou de charbon caustique, destiné à suppléer le fer rouge dans tous les cas où il s'agit seulement de pratiquer des cautérisations superficielles. Nous sommes en effet de l'avis de M. Bonnafond ; ce n'est pas tant la douleur provoquée par la cautérisation actuelle qui a empêché jusqu'ici son extension que l'effroi qu'inspire l'appareil qu'il faut mettre en œuvre pour son application ; et c'est là certainement ce qui assurera dans l'avenir la supériorité du cautère électrique sur le cautère actuel, si l'on parvient, comme il faut l'espérer, à remédier à tous les inconvénients résultant de l'emploi d'un appareil dispendieux et encombrant.

Dans l'article intéressant qu'il a publié sur ce sujet dans l'Union médicale, M. Bonnafond a fait connaître les bons effets qu'il a obtenus de ce caustique, soit dans les ulcères peu profonds, tels que les chancres simples ou phagédéniques, soit pour faire la cautérisation ponctuée dans l'adénite cervicale, et il a indiqué les principales particularités relatives à son emploi. Ainsi ce charbon caustique ne

peut être appliqué que sur des parties sèches et bien détergées; sur des tissus humides et qui exigent un grand dégagement de calorique, ce crayon remplace difficilement le métal. Appliqué sur la peau et laissé en contact avec celle-ci un temps variable, suivant la profondeur qu'on veut donner à l'escarre, un petit claquement annonce la combustion de l'épiderme, et il reste une escarre d'un blanc jaunâtre, dont la profondeur varie entre 1 millimètre et 2 millimètres. Le charbon caustique donne facilement des escarres ponctuées ou circonscrites; mais sa fragilité ne lui permet pas de fournir des cautérisations linéaires.

La formule donnée par M. Bonnafond est la suivante :

Pr. Gomme adragante......................	5 grammes.
Poudre de charbon végétal..............	15 grammes.
Nitrate de potasse.........................	2 grammes.

On fait dissoudre la gomme dans quantité suffisante d'eau, en ajoutant un peu de poudre de sucre pour faciliter la solution, qui doit être assez concentrée ; on ajoute ensuite peu à peu le mélange de la poudre de charbon et de nitrate de potasse, et l'on forme ainsi une pâte homogène jusqu'à consistance suffisante pour permettre de la rouler en cylindres de divers calibres, qu'on laisse bien sécher avant de s'en servir.

Rien de plus simple que l'emploi de ces charbons caustiques, dit M. Bonnafond : on les allume à la flamme d'une allumette ou d'une bougie et l'on attend, pour s'en servir, que le charbon soit enflammé dans une étendue de 1 centimètre, et, suivant qu'on veut avoir une cautérisation un peu profonde ou très-superficielle, on se sert de crayons d'un diamètre considérable ou d'un charbon de 3 à 4 millimètrés de diamètre.

Tels sont les faits annoncés par M. Bonnafond, et nous en aurions déjà parlé, si nous n'avions su que notre collaborateur, M. Aran, les employait souvent à l'hôpital Saint-Antoine, et qu'il pouvait nous donner quelques renseignements sur leur valeur et leur application. Nous sommes heureux de dire que ces renseignements ont été favorables à ces charbons caustiques, et même M. Aran s'est assuré que cet inconvénient rapporté par M. Bonnafond à l'addition du nitre au mélange de fuser en brûlant, tenait à ce que le mélange n'était sans doute pas parfait; car les charbons qu'il a fait préparer suivant le procédé de M. Bonnafond, en versant la masse demi-liquide dans de petits moules dressés en carton ou en papier épais, ne fusent pas sensiblement.

M. Aran a reconnu à ces charbons caustiques une activité assez

grande et une puissance de destruction assez marquée, lorsqu'au lieu de laisser le charbon quelques instants seulement en contact avec la partie, on l'y maintient une minute ou deux ; car l'avantage du charbon caustique, c'est qu'une fois allumé, il continue à brûler jusqu'au dernier morceau, et le rayonnement du calorique, quoique assez limité par le défaut de conductibilité du charbon, n'ajoute pas moins à la puissance caustique.

Pour la cautérisation ponctuée, dans les cas de tumeurs, de névralgies, d'amauroses, etc., notre collaborateur est arrivé aux mêmes résultats que M. Bonnafond; mais l'application la plus utile qu'on peut faire, suivant lui, de ces charbons caustiques, c'est au traitement des affections chroniques et, en particulier, des engorgements et ulcérations granulées du col de l'utérus.

Toutes les fois que les parties malades peuvent être parfaitement desséchées, le charbon caustique produit sur le col utérin une escarre blanche ou d'un blanc jaunâtre, qui peut être à volonté de 1 millimètre ou de 2 millimètres, et qui est bien suffisante pour la modification des surfaces malades et pour l'excitation du travail résolutif. Cette escarre n'a rien de particulier sans doute, c'est celle qui pourrait être produite par le fer rouge; mais le grand avantage de ce moyen, c'est d'éviter aux femmes la vue de ces effrayants préparatifs de la cautérisation au fer rouge, de ce réchaud allumé où rougissent les fers incandescents, etc. Une bougie allumée et un charbon qui est allumé avec cette bougie, voilà tout ce qu'elles aperçoivent ; et par les faits dont nous avons été témoin, nous avons pu nous convaincre que le moral des malades n'était pas sensiblement affecté de ce genre de cautérisation.

En résumé, M. Bonnafond nous paraît avoir rendu un service aux praticiens en leur fournissant un moyen facile de produire des escarres superficielles sans faire usage du fer rouge ou de caustiques puissants ; et si l'usage de ces crayons se généralise, nul doute qu'on ne parvienne à ajouter à leur puissance de combustion et de rayonnement calorifique par l'addition de quelques autres substances. Tel qu'il est cependant, ce crayon caustique est bien suffisant pour les usages auxquels il a été appliqué jusqu'ici.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Argile *en applications externes dans différentes affections.* D'après M. le docteur Detz, on obtiendrait des avantages marqués de l'emploi topique de l'argile mêlée à l'eau, dans diverses maladies externes, telles que les

inflammations cutanées, cellulaires et lymphatiques, les distensions des ligaments, les panaris, les périostites, les périphlébites, les œdèmes secondaires, etc.

Ces applications, dit M. Detz, qui se font sur un linge, en couches épaisses et en consistance de bouillie, doivent être assez souvent renouvelées; leur utilité provient, suivant ce médecin, de la grande affinité de l'argile pour l'eau, et il cite en preuve ce fait, que l'argile appliquée sur des surfaces suppurantes absorbe rapidement toute humidité, sèche les globules sanguins, les albuminates, et forme ainsi une croûte à laquelle contribue encore la réduction de la lumière des vaisseaux capilaires. Ce qui le prouve encore, ajoute M. Detz, c'est que l'argile appliquée sur la peau dans son état d'intégrité lui enlève une certaine quantité de liquide dont la conséquence est la formation de rides. En outre, l'argile agit encore en vertu de sa température, qui est ordinairement celle de l'eau de source, température qui peut être maintenue à la normale par le renouvellement fréquent de l'application.

Il est regrettable que le journal auquel nous empruntons ces renseignements et peut-être l'auteur lui-même n'aient pas indiqué avec plus de précision les cas spéciaux auxquels convient plus particulièrement l'emploi de ce moyen. Faute d'avoir formulé les principales indications, au moins, on est exposé, si l'on veut expérimenter ce moyen, à maints tâtonnements avant d'arriver à quelque chose d'un peu précis. D'un autre côté, ne pourrait-on pas ajouter encore à l'action attribuée à l'argile, soit en employant pour la délayer des décoctions plus ou moins résolutives, au lieu d'eau simple, soit en y ajoutant certains sels, tels que le chlorhydrate d'ammoniaque, par exemple, dont les propriétés résolutives sont bien connues. C'est une idée que nous soumettons à ceux de nos confrères qui voudraient varier ce mode d'expérimentation. (*Annales de Roulers*.)

Belladone (*De la micropie due à l'usage local de la*). Il ne suffit pas au médecin de savoir remplir les indications thérapeutiques, il faut encore qu'il sache prévoir ou s'expliquer, quand elles ont lieu, les actions particulières que peuvent provoquer les agents médicamenteux qu'il prescrit. A ce titre, l'accident signalé par M. le docteur Cornaz doit trouver place dans notre journal. Il s'agit de ce phénomène curieux produit par la belladone employée en instillations dans l'œil et qui, consistant à faire voir tous les objets plus petits que nature, a reçu de Donders, qui l'a signalé le premier, le nom parfaitement approprié de *micropie*: phénomène certainement rare d'ailleurs, puisque, malgré les nombreuses observations d'empoisonnement par la belladone, malgré l'usage fréquent de cette plante et de ses préparations, soit à l'intérieur, soit en applications locales sur le globe oculaire ou sur les paupières et autour de l'orbite, il ne paraît pas avoir été décrit avant 1851. Voici l'analyse de quelques faits rapportés par M. Cornaz.

Obs. I. C'est sur lui-même que Donders a, pour la première fois, observé cet accident. A la suite de l'instillation de quelques gouttes de solution de belladone dans son œil droit, il s'aperçut, en lisant au moyen des deux yeux, que le gauche seul s'accommodait à la distance véritable, tandis que le droit, lorsqu'il était ouvert, gênait la netteté de la perception. « Je voyais parfaitement, dit Donders, en fermant ce dernier; quand je fermais le gauche, j'y voyais également à la distance de 30 centimètres, mais il me fallait faire certains efforts, et les lettres me paraissaient beaucoup plus petites. Quand la belladone eut épuisé son action, cette anomalie disparut. » (*Annales d'oculistique*, 1853.)

Obs. II. Le deuxième fait, également emprunté aux *Annales d'oculistique*, appartient à M. Warlomont. Il s'agit d'un M. J. V..., de Bruxelles, âgé de quarante ans, qui, bien portant d'ailleurs, était tourmenté de mouches volantes, ce qui l'inquiétait beaucoup. Pour faciliter l'exploration plus complète de l'organe, quelques gouttes d'une solution d'extrait de belladone furent instillées le soir entre les paupières. A son réveil, après une bonne nuit, M. V... fut fort étonné de voir tous les objets dont il était entouré, avec autant de netteté du reste que d'habitude, mais d'une petitesse inaccoutumée : les caractères de son journal d'une dimension microscopique, ses vêtements grands comme ceux d'un enfant, sa femme et sa domestique d'une taille de naines, ses enfants de celle de poupées. Effrayé, le malade se fait conduire chez son médecin, et tous les objets qu'il rencontre, vivants ou inanimés, lui paraissent, dit l'auteur, empruntés au monde lilliputien

créé par l'imagination de Gulliver. A ce moment, l'examen de l'œil ne décelait qu'une dilatation assez considérable de la pupille; d'ailleurs, rien d'anormal dans les autres parties de l'organe. Des lotions d'eau froide furent appliquées, et, dès le lendemain, tout était rentré dans l'ordre, sauf les mouches volantes qui ont persisté.

Deux autres faits sont encore relatés par M. Cornaz, l'un emprunté au Journal de médecine, chirurgie et pharmacie de Toulouse (mai 1857); l'autre reproduit d'après un récit verbal du docteur Hoyack, d'Amsterdam. Leur similitude avec les précédents nous dispense d'en donner les détails, même en abrégé. Il paraît d'ailleurs que le phénomène en question a aussi été observé par M. Sichel et par M. Van Roosbrœck (de Gand).

De la rareté de cet accident (et cette rareté semble exclure un rapport de cause à effet avec la mydriase, résultat ordinaire de l'action des solanées vireuses), M. Cornaz conclut qu'il appartient à cet ordre de symptômes qui, se produisant chez certains sujets seulement, et non pas communément chez le grand nombre, sont rapportés par les médecins à cette impressionnabilité particulière, *sui generis*, personnelle et exceptionnelle, inappréciable dans sa nature, qu'on désigne par le nom d'*idiosyncrasie*. Il ne peut y voir le fait d'une intoxication ou d'un effet général produit dans quelques cas rares par l'application locale sur l'œil de substances narcotiques, telles que la belladone (Chassaignac), l'opium (Wutzer et Von Ammon), empoisonnement résultant d'une susceptibilité exagérée de l'organisme pour ces médicaments. Quoi qu'il en soit, dirons-nous en terminant avec notre confrère de Neufchâtel, et la micropie et la possibilité d'une intoxication à la suite de l'emploi des collyres à l'atropine, sont deux faits rares dont il est bon que tout médecin soit instruit. (*Echo médical de Neufchâtel*; février 1858.)

Constipation (*De la*), *comme cause de la rétroversion de l'utérus, pendant la grossesse*. On s'est beaucoup occupé dans ces derniers temps de cet accident de la grossesse, mais on a fort négligé l'étude des causes qui pouvaient lui donner lieu; parmi celles signalées d'une manière spéciale par les auteurs, il en est une sur laquelle M. Villeneuve, de Marseille, insiste souvent; c'est la constipation. L'existence du phénomène est facile à constater, puisqu'il suffit d'interroger la femme, ou mieux de pratiquer le toucher; le doigt constate alors l'ampliation de la paroi antérieure du rectum qui repousse en avant le col de l'utérus et fait basculer l'organe. Cette disposition des parties reconnue, l'indication thérapeutique découle d'elle-même, et il ne reste plus qu'à la remplir pour obtenir le plus heureux résultat. M. Villeneuve en citait récemment un nouvel exemple au sein de la Société de médecine de Marseille. Cet accoucheur distingué avait été appelé par M. Coste, afin d'examiner une femme qui, arrivée au troisième mois de la grossesse, présentait l'utérus en rétroversion. La malade étant constipée, M. Villeneuve conseilla de lui faire prendre un purgatif avant de tenter l'emploi des moyens directs de réduction. Le médicament donna lieu à un assez grand nombre de garde-robes, et lorsqu'on voulut donner à la malade le secours de la main, on trouva que l'utérus avait repris sa position : la rétroversion avait cédé spontanément. Cet organe, déprimé d'abord, avait repris sa place, dès qu'il ne s'était plus trouvé d'obstacle qui le maintînt dans sa position vicieuse. Bien que la constipation ne soit pas toujours la seule, ni même la principale cause qui amène la rétroversion de l'utérus, les succès fréquents que M. Villeneuve dit avoir obtenus doivent faire une règle de débuter toujours dans ces cas par l'emploi d'un purgatif. Par là, on écartera, au moins, une circonstance qui peut mettre obstacle à la réduction, car l'ampoule rectale développée occupe dans l'excavation pelvienne une place qui peut être nécessaire pour ramener le rétablissement de l'organe dans sa position normale. (*Journal de médecine de Bordeaux*, avril.)

Coqueluche. *Son traitement par l'eau distillée d'amandes amères*. Pendant une épidémie de coqueluche, le docteur Schubert a eu recours à l'eau d'amandes amères, préparée d'après la pharmacopée prussienne. Ce médicament, administré à larges doses, produisit, dans la période convulsive, des effets si remarquables que l'auteur est tenté de le considérer comme un spécifique, surtout si son efficacité est confirmée dans d'autres épidémies. Généralement dès le deuxième, mais au plus tard le troisième jour de l'emploi de l'eau d'amandes amères, la toux convulsive se transforme en une

toux simplement catarrhale, qui disparaît bientôt si l'on continue l'usage du médicament. Le docteur Schubert le faisait administrer toutes les trois heures, même pendant la nuit, mêlé à un peu d'eau, et augmentait la dose, suivant l'âge et la constitution du malade, de 1 à 2 gouttes, de 4 à 6 et même de 8 à 10, de facon qu'à chaque prise il donnait une ou deux gouttes de plus ; c'est ainsi qu'aux enfants de six à dix-huit mois, il faisait prendre de 6 à 8 gouttes ; à ceux âgés de deux à quatre ans, de 12 à 20 gouttes, et aux enfants de cinq à huit ans, de 25 à 30 gouttes, et même davantage. Plus les quintes sont violentes, plus aussi les fortes doses sont bien supportées, et plus on peut les augmenter sans avoir rien à craindre. Enfin le médicament doit être continué à doses décroissantes, jusqu'à la cessation complète de la toux. (*Geneesk Cour.* et *Journal de médecine de Bruxelles*, n° 3, 1858.)

Corps étrangers *volumineux séjournant depuis six mois dans la profondeur de la face ; extraction; guérison.* C'est une chose digne de remarque que des corps étrangers, même d'un volume assez considérable, pénètrent et séjournent pendant un temps plus ou moins long dans les profondeurs de la face, sans occasionner d'accidents graves ; si bien qu'on a pu souvent méconnaître l'existence de ces corps étrangers. Presque tous les journaux de médecine ont rapporté, il y a quelque temps, la singulière histoire d'un homme auquel M. Nélaton fit l'extraction d'une portion considérable de la poignée d'un parapluie, logée dans la cavité orbitaire, et qui avait été traité jusque-là pour une fistule lacrymale. Il vient de se passer au Val-de-Grâce, dans le service de clinique chirurgicale, un fait à peu près semblable et qui mérite d'être rapporté comme exemple des difficultés de diagnostic auxquelles ces corps étrangers de la face peuvent quelquefois donner lieu.

Un militaire reçut, il y a six mois (en août 1857), dans une rixe, trois coups violents à la face. Il était ivre et ne sut pas avec quelle arme il avait été frappé ; mais d'après l'aspect de la blessure, il pensa, comme le chirurgien qui lui donna ses soins, que c'était avec un couteau. Ces blessures consistaient en trois plaies assez nettes, qui guérirent toutes trois en huit ou dix jours, et ne laissèrent que de très-légères cicatrices, dont l'une, un peu irrégulière, a pour siége précis, sur le côté gauche du nez, l'extrémité inférieure de l'os propre du nez, à son point d'union avec l'os maxillaire supérieur, un peu au-dessus et en arrière de la narine.

A partir du moment de l'accident, l'air ne passa plus par la fosse nasale gauche, et la respiration par le nez devint gênée et insuffisante. Le blessé éprouva de temps à autre des douleurs sourdes et profondes dans cette région de la face ; il perdit à peu près l'odorat, bien qu'il se plaignît quelquefois d'odeur fétide dans les narines qui donnaient issue à un écoulement de muco-pus peu abondant, strié de sang, et se concrétant le plus souvent à l'intérieur. Il fut traité à plusieurs reprises, dans divers hôpitaux, tantôt pour des polypes des fosses nasales, tantôt pour un séquestre.

Entré dans les derniers jours du mois de mars au Val-de-Grâce, dans le service de M. le professeur Legouest (service de clinique chirurgicale), voici ce qu'il présenta à un examen attentif :

Le côté gauche du nez était beaucoup plus volumineux que le droit ; la peau avait conservé son aspect normal ; une pression légère sur la partie détermina de vives douleurs ; l'orifice de la narine était un peu tuméfié, et presque complétement obstrué par le boursouflement de la muqueuse du cornet inférieur. L'exploration de la cavité, impossible avec le doigt, fut faite avec un stylet droit, qui ne put pénétrer profondément qu'en suivant soit le plancher, soit la paroi antéro-supérieure de la fosse, et qui, recourbé en hameçon, accrocha un corps étranger volumineux. La narine droite paraissait libre, mais l'introduction du doigt y fit constater, sur la cloison, un corps étranger formant une saillie tranchante.

Rejetant l'idée de l'existence d'un polype ou d'un séquestre, M. Legouest pensa que l'instrument avec lequel ce militaire avait été blessé était resté dans la plaie ; que dirigé de gauche à droite et un peu d'avant en arrière, il avait complétement traversé la narine gauche et restait engagé par ses deux extrémités, dont l'une, perforant la cloison, faisait saillie dans la narine droite et dont l'autre, très-probablement cassée au niveau de la plaie extérieure, était arrêtée dans la paroi externe de la narine gauche. Une tentative d'extraction fut faite avec des pinces à pansement ordinaires, et ne

ramena que quelques parcelles du corps étranger, qui ne fut pas même ébranlé. Les débris rapportés par les mors de la pince paraissant être composés de mine de plomb et de bois, M. Legouest s'enquit du métier des individus avec lesquels le blessé s'était pris de querelle ; il apprit qu'ils étaient charpentiers. Dès lors, il ne restait plus de doute sur le diagnostic. Deschamps (c'est le nom du blessé) avait été frappé avec un crayon de charpentier, lequel s'était brisé au niveau de la plaie et restait enclavé dans les fosses nasales.

Une pince ordinaire ne suffisant pas pour en faire l'extraction, M. Legouest se servit de pinces à branches séparées, s'articulant comme nos forceps. Le malade étant chloroformé, les branches de la pince furent introduites isolément dans la fosse nasale gauche, l'une au-dessus, l'autre au dessous du corps étranger, puis articulées. Après s'être assuré qu'il avait solidement saisi le corps étranger, le chirurgien exerça sur lui des tractions dirigées en bas, en avant et en dehors, de façon à le faire basculer et à le dégager de la cloison ; mais une hémorrhagie abondante et des éternuments violents obligèrent de suspendre momentanément l'opération.

On coucha le blessé sur le côté, afin que le sang pût s'écouler facilement par les narines. Introduisant alors une seule branche de sa pince au-dessous du corps étranger, et s'en servant comme d'un levier, pendant qu'il relevait fortement l'aile du nez, M. Legouest parvint à ramener à l'extérieur un corps volumineux : c'était un crayon de charpentier, taillé d'un côté, brisé à peu près carrément de l'autre, ayant 6 centimètres de longueur, 1 centimètre de largeur, et presque autant d'épaisseur.

Les suites de cette opération ont été des plus heureuses, et ce militaire est aujourd'hui parfaitement guéri. (*Gazette hebdomad.*, avril 1858.)

Dent cariée (*Treize fistules entretenues, pendant sept années, par une*). La liaison des fistules de la région sous-maxillaire avec l'existence d'une dent cariée ou d'un fragment de racine abandonné dans son alvéole est un fait dont nous avons fourni de fréquents exemples ; il est rare cependant qu'un nombre aussi considérable d'abcès se produisent et que des trajets fistuleux persistent un si grand nombre d'années sans éveiller la sagacité d'aucun praticien. Sous ce rapport, le fait suivant contient un enseignement significatif. Un jeune homme de vingt-trois ans se brise la couronne de la première molaire en novembre 1850; six mois après un abcès se forme et s'ouvre sous le côté correspondant de la mâchoire. Douze autres ouvertures se formèrent successivement dans la région sous-maxillaire. Elles duraient depuis sept années, et l'abondance de la suppuration avait porté une atteinte profonde à la santé du malade, lorsqu'il vint, en novembre 1857, consulter M. Parker. Celui-ci ayant reconnu la cause de ces fistules, fit extraire les restes des racines de la dent, et moins d'un mois après toutes les ouvertures s'étaient fermées spontanément. (*The Lancet*, mars.)

Grenouillette (*Cas de*) *traité avec succès par le séton et la ligature des parois du kyste*. De tous les procédés opératoires appliqués au traitement de la grenouillette, le plus simple est l'emploi du séton, mais le peu d'irritation provoqué par la présence d'un seul fil fait que le moyen échoue souvent. La modification suivante, proposée par le docteur Van Dommelen, de Flessingue, est-elle destinée à assurer l'application du procédé de Physick?

Voici d'abord l'observation que le médecin hollandais fournit à l'appui de sa pratique. Le caporal C... entre, en 1852, à l'hôpital de Flessingue pour s'y faire débarrasser d'une grenouillette tellement développée que la langue en était en quelque sorte accolée contre la voûte palatine. Voici, dit M. Van Dommelen, comment j'opérai : « Le malade assis sur une chaise, la tête appuyée contre la poitrine d'un aide placé derrière lui, pendant qu'un autre aide tenait les mâchoires écartées au moyen d'un bouchon placé entre les dents, je plongeai dans la partie postérieure de la tumeur, de gauche à droite, une longue aiguille courbe armée d'une large ligature formée de quatre fils cirés et destinés à rester dans le kyste; les deux extrémités furent nouées, de façon à étreindre les parois du kyste. Trois semaines après, la ligature tomba et le liquide qui s'était écoulé par la section de la poche ne reparut plus. La guérison ne s'est pas démentie depuis. »

Le succès, dans ce cas, n'est-il pas dû plutôt à la dimension du séton, qu'à la constriction des parois du kyste? L'intervalle de trois semaines

écoulées entre l'introduction des fils et leur chute semble le prouver et indiquerait aux praticiens de toujours composer la mèche de leur séton de plusieurs fils. (*Gazette médicale de Lyon*, avril.)

Mal vertébral. *Son traitement par les appareils inamovibles.* Quelle est la valeur de l'immobilité dans le traitement du mal de Pott? ou mieux quels sont les cas auxquels ce mode de traitement peut être appliqué avec le plus de chance de succès? tel est le sujet d'un mémoire que M. Gillebert d'Hercourt est venu lire à la Société de chirurgie, et que nous publierons prochainement. Parmi les faits fournis à l'appui des résultats avantageux de l'immobilité doit figurer la communication suivante de M. le docteur Kuhn, de Gaillon, sur les bons effets des appareils amidonnés : aussi l'insérons-nous en entier.

« Je fais mouler, dit M. Kuhn, le dos du sujet couché sur le ventre et *dans la position la plus redressée possible*. Le moule comprend les parties postérieure et latérale du tronc, depuis le bas de la région cervicale, jusqu'à environ 2 centimètres au-dessous des crêtes iliaques (plus ou moins haut ou bas selon les exigences du cas particulier), en ayant soin de bien prendre le dessous des aisselles. Le moule pris, je fais sécher le plâtre (au four, chez le premier boulanger venu), et puis j'applique mon appareil amidonné sur le plâtre, en commençant par étendre une peau de chamois ou de basane légèrement humectée, qui se prête à merveille à toutes les saillies et anfractuosités du moule. Par-dessus cette peau viennent les bandes amidonnées, de carton mince ou de papier, imbriquées et entre-croisées, en couche d'environ 3 millimètres d'épaisseur, en ayant soin de ne pas laisser trop d'inégalités à la surface extérieure.

« Ces bandes sont recouvertes à leur tour d'une pièce de coutil de bonne qualité. Le tout est ensuite fixé exactement et solidement, au moyen de tours de bande, et abandonné à la dessiccation. L'appareil forme ainsi une espèce de plastron ou de carapace, exactement moulé sur toutes les saillies et anfractuosités du corps, et qui, pour ce motif, est mieux supporté qu'aucun autre. Je le fais compléter antérieurement par un demi-corset élastique fixé aux enveloppes du plastron, lacé sur le devant et garni de baleines longitudinales. Des épaulettes mobiles, croisées au devant de la poitrine, servent à maintenir la partie supérieure du tronc contre le plastron.

« En raison du contact parfait, cet appareil soutient mieux le tronc qu'aucun autre; il permet au malade de changer à volonté son décubitus, sans danger de dérangement des surfaces malades; car il maintient ces parties dans une immobilité parfaite, tout en permettant le mouvement des autres parties; il entretient autour de la gibbosité une chaleur bienfaisante et toujours égale, et la protège efficacement contre toute violence extérieure. Ces conditions réunies contribuent autant et plus qu'aucune médication à amener la guérison. On peut faire percer des trous dans le plastron, à l'aide d'un emporte-pièce, afin de ménager la circulation de l'air.

« L'appareil entier revient à 20 ou 25 francs. »

A part le prix de revient, qui est beaucoup moindre, cette sorte de gouttière rappelle celle que M. Bonnet de Lyon emploie pour le traitement des fractures de la colonne vertébrale et dont nous avons publié récemment la gravure (*Compte-rendu de la Société de chirurgie*, avril).

Surdité, *suite d'otorrhée chronique; Guérison par l'emploi de la teinture d'iode.* M. le docteur Valerio a communiqué à l'Académie de médecine de Naples un cas très-curieux de guérison d'un malade rendu entièrement sourd de l'oreille droite par une otorrhée abondante, existant depuis trente années, avec destruction de la membrane du tympan. Le sujet, fort et robuste, était cependant scrofuleux et rhumatisant. Le microscope permit de constater que le liquide purulent n'était pas du véritable pus, mais une sécrétion glandulaire exagérée. Le boursouflement de la muqueuse et l'hypersécrétion cessèrent rapidement par l'instillation, chaque jour, dans le fond de l'oreille, de 4 à 5 gouttes de teinture d'iode (iode, 1 partie; alcool, 4), suivie, à cinq minutes d'intervalle, d'une seconde instillation d'égale quantité de teinture d'aconitine (aconitine, 1 partie; alcool, 2): à l'intérieur, 3 ou 4 gouttes de teinture d'iode étaient données sur un morceau de sucre, trois fois par jour. La guérison était complète après un mois de traitement.

M. Valerio déduit de ce fait que l'ouïe peut exister, malgré la perfora-

tion de la membrane du tympan ; que l'otorrhée doit toujours être guérie le plus promptement possible, sans se préoccuper du prétendu bienfait de la sécrétion. Il établit en même temps l'utilité de la teinture d'aconitine, pour empêcher les accidents inflammatoires que déterminerait, employée seule, la teinture d'iode. L'auteur aurait pu prévenir toute action caustique de la teinture d'iode en la mélangeant avec la glycérine, et cela sans nuire aux bons effets de la médication, car la glycérine, on le sait, jouit de la propriété de tarir les sécrétions morbides des muqueuses. (*Il filiatre sebezio* et *Union méd. de la Gironde*, n° 2, 1858.

Zôna. *Sa guérison rapide par l'emploi du vésicatoire.* Dans une discussion qui s'est produite au sein de la Société de médecine, à propos de la valeur des vésicatoires, M. Hervé de Chégoin a été conduit à signaler les bons effets qu'il avait obtenus de l'emploi de ce moyen dans le traitement du zôna. C'est au hasard, ainsi que cela arrive souvent pour les conquêtes thérapeutiques, que ce médecin devait ce précieux enseignement. Une dame étant venue se plaindre à lui d'éprouver une douleur vive dans le côté, il prescrit une mouche de Milan qui la fait disparaître ; plus loin, et à la même hauteur, M. Hervé constate le lendemain des groupes de vésicules de zôna, accompagnées de douleurs analogues. Il fait appliquer immédiatement sur chaque groupe d'autres mouches : les boutons avortent et la douleur disparaît. Les mêmes résultats ont été observés depuis dans deux cas semblables.

Dans les cas assez fréquents où le zona est accompagné de douleurs névralgiques intenses, à supposer que l'application du vésicatoire n'arrive pas à triompher toujours de ces douleurs, comme dans les faits observés par M. Hervé, ce moyen de traitement permettra d'attaquer l'élément névralgique d'une manière plus directe, en ayant recours à l'emploi des sels de morphine par la méthode endermique. (*Compte rendu de la Société de méd. de Paris*, avril.)

VARIÉTÉS.

L'Académie de médecine, dans sa dernière séance, a comblé la vacance qu'elle avait déclarée dans sa section d'anatomie pathologique. Ainsi que nous l'avions prévu, notre savant confrère, M. Robin, a été élu au premier tour de scrutin.

Un décret impérial, en date du 23 février 1852, a institué, on le sait, un prix de 50,000 francs en faveur de la plus utile application de la pile de Volta, et a fixé à cinq années la durée du concours. La Commission chargée d'examiner les travaux présentés pour disputer ce prix vient de décider qu'il n'y avait lieu de le donner, mais que des efforts estimables avaient été tentés.—En conséquence, sur le rapport de S. Exc. le ministre de l'instruction publique, l'Empereur vient d'accorder à MM. Froment, Rumkorff, Duchenne (de Boulogne), Middeldorpff, une médaille d'encouragement commémorative de ce concours. —Notre honorable confrère, M. Duchenne, a été en outre nommé chevalier de la Légion d'honneur.

La chaire de matière médicale et de thérapeutique de la Faculté de Strasbourg vient d'être déclarée vacante ; les candidats sont invités à produire au secrétariat de cette Faculté, avant le 25 mai : 1° leur acte de naissance ; 2° leur diplôme de docteur en médecine ; 3° leurs titres antérieurs dans l'enseignement, les mémoires et ouvrages publiés.

M. le docteur Perrin, à la suite d'un concours, vient d'être nommé professeur agrégé à l'Ecole d'instruction militaire du Val-de-Grâce, et chargé de la chaire d'opérations et appareils, laissée vacante par la nomination de M. Legouest à la chaire de clinique chirurgicale.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

De l'emploi de l'huile essentielle de térébenthine et de l'opium à hautes doses, dans le traitement des accidents puerpéraux graves.

Par le docteur E. Bonfils, ancien interne lauréat des hôpitaux.

Si l'on veut juger sainement de l'état de la médecine pratique à l'égard du traitement de certaines maladies, ce n'est ni dans l'enseignement officiel des écoles, ni dans les débats académiques qu'il faut puiser les éléments de son jugement, mais bien dans la pratique des hôpitaux. En face de la réalité, les plus systématiques, les plus timides comme les plus téméraires, oublient leurs doctrines et descendent des hauteurs de la spéculation au rôle de la vie active; ils deviennent praticiens. La discussion qui se poursuit depuis trois mois à l'Académie de médecine vient à l'appui de ces remarques depuis longtemps exprimées dans ce journal. Nous croyons donc faire chose plus utile pour nos confrères et rentrer mieux dans l'esprit pratique du *Bulletin de Thérapeutique*, en consignant ici les résultats de la méthode de Graves (de Dublin), que M. le professeur Trousseau emploie depuis quelque temps, et avec succès, dans le traitement des accidents puerpéraux. Cette méthode consiste à donner aux femmes en couches, atteintes, soit de métro-ovarite, soit de phlegmons des ligaments larges, soit de péritonite, soit de phlébite utérine, etc., de l'opium et de l'huile essentielle de térébenthine à hautes doses.

M. Trousseau, entre autres cas, a traité de cette façon et avec succès une femme atteinte d'une péritonite et d'une double pleuro-pneumonie. Il a également employé cette médication chez une autre femme atteinte d'une péritonite générale fort grave; la péritonite a été très-rapidement enrayée, puis guérie; mais, après une amélioration des plus notables et qui faisait présager un retour prochain à une santé complète, la malade a été prise d'accidents hectiques très-insidieux à leur début et a fini par succomber à une infection putride, selon toute probabilité.

Ces deux faits m'ont paru tellement concluants en faveur de la médication de Graves, que j'ai cru utile de les faire connaître et de les publier *in extenso*.

— Voici comment M. Trousseau a administré l'opium et la térébenthine, dans l'un et l'autre cas. Chez la première femme, le savant professeur a prescrit l'opium en pilules et la térébenthine en lavements. On a d'abord donné 5 centigrammes d'opium en cinq pilules,

à prendre dans la journée; puis la dose a été portée à 8 centigrammes en huit pilules, et enfin à 10 centigrammes en dix pilules. L'opium a été continué pendant treize jours. La térébenthine a été administrée d'abord à la dose de 10 grammes en deux lavements, un le matin, le second le soir; puis on a progressivement augmenté cette quantité, ainsi qu'il suit : 20 grammes, 25 grammes, 30 grammes; cette dernière dose a été maintenue pendant six jours. La térébenthine a été continuée pendant quinze jours. Voici la formule pour deux lavements :

Huile essentielle de térébenthine..	10, 20, 25, 30 grammes.
Jaune d'œuf....................	N° 1.
Eau........................	100 grammes.

Ajouter à chaque lavement cinq ou six cuillerées d'eau de guimauve ou de graine de lin. Faire conserver le lavement à la malade le plus longtemps possible.

Dans le second cas, l'opium a été également donné en pilules, à la dose de 5 centigrammes, pendant trois jours. Quant à l'huile essentielle de térébenthine, elle a été administrée par la bouche, dans des capsules de lichen. Tous les jours, et cela pendant six jours, la malade a pris six capsules de térébenthine; chaque capsule contenait 1 gramme d'huile essentielle. On donnait deux capsules le matin, deux autres à midi, les deux dernières le soir.

Sous l'influence de cette médication, voici quels sont les phénomènes physiologiques que nous avons notés dans l'un et l'autre cas. Dans le second fait, et immédiatement après l'injection des capsules, la malade accusait une sensation de chaleur très-intense au niveau du creux épigastrique; quelques instants après, il y avait une réaction générale très-franche, caractérisée par de la chaleur, des sueurs générales et par l'ampleur et la fréquence plus grande du pouls; puis, consécutivement, surgissaient des troubles visuels, des vertiges, des étourdissements, de la somnolence. La démangeaison cutanée n'a paru que tardivement.

Les phénomènes physiologiques ont été moins accusés dans le cas où la térébenthine a été administrée en lavements. En effet, une sensation de chaleur dans le ventre, sitôt le lavement donné, une réaction générale peu intense, quelques vertiges, quelques étourdissements, de légers troubles visuels, un peu de démangeaison cutanée, tels ont été les phénomènes accusés par la malade qui fait le sujet de la première de nos deux observations.

Obs. I. *Péritonite puerpérale générale. — Pleuro-pneumonie gauche. — Pleurésie droite. — Emploi de la térébenthine à haute dose en lavements et de*

l'opium en pilules. — *Guérison.* — La nommée Glavier (Marie), âgée de vingt-sept ans, est entrée le 13 janvier à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, n° 8. Cette femme est accouchée le 15 décembre à la Maternité. L'accouchement a été naturel. Elle est restée douze jours dans cet établissement, où elle a eu de la fièvre, des douleurs abdominales et de la diarrhée.

Voici ce que l'on constate le 14 janvier à la visite : Toute la région hypogastrique, surtout à gauche, est douloureuse au palper ; on sent à ce niveau de l'empâtement et une tumeur qui est à coup sûr dépendante de l'ovaire. Il y a de la fièvre, de la céphalalgie, de la courbature, de l'inappétence et de la diarrhée. Depuis son accouchement cette femme nourrit son enfant. — On prescrit 2 grammes de poudre d'ipéca.

Le 15. Les douleurs de ventre sont encore vives, surtout à gauche. — Huile de ricin, 15 grammes ; frictions belladonées et opiacées sur le ventre.

Le 19. La malade va bien ; comme elle a un peu de diarrhée, on lui donne 4 grammes de sous-nitrate de bismuth.

Le 2 février. On signe sa pancarte ; mais au moment de partir, la malade se sent mal à l'aise ; elle pâlit et on est obligé de la coucher. Le matin, elle avait eu un léger frisson, dont elle n'avait rien dit.

Le 3. Douleur abdominale vive dans le flanc droit, qui est très-sensible à la pression. Fièvre ; pas de selles depuis deux jours. — Huile de ricin, 15 grammes.

Le 4. Les douleurs abdominales persistent et se sont étendues ; le ventre est un peu ballonné, douloureux au moindre palper dans le flanc droit. La malade est atteinte de péritonite. — On prescrit : calomel, 10 centigrammes ; jalap, 1 gramme. Onctions sur le ventre avec la mixture de belladone et d'opium.

Le 6. La malade a été à la selle plusieurs fois. La péritonite se généralise de plus en plus ; ventre ballonné, très-douloureux ; langue blanche ; nausées ; vomissements glaireux ; pouls petit, filiforme, très-fréquent ; 120 pulsations ; figure grippée ; insomnie, rêvasseries. — Cinq pilules, chacune de 1 centigramme d'extrait gommeux d'opium ; huile essentielle de térébenthine, 10 grammes, pour deux lavements ; quatre onctions belladonées et opiacées sur le ventre.

Le 7. Même état. — Même traitement, à l'exception du nombre des pilules d'opium, qui est porté à huit.

Le 8. Même état abdominal ; de plus, on constate une pleuro-pneumonie à droite et une pleurésie à gauche. A droite, souffle considérable au niveau de l'angle de l'omoplate, avec râle crépitant ; à gauche, égophonie à la partie moyenne, matité ; défaut de vibration thoracique ; souffle aigre, s'entendant surtout pendant l'expiration. — On continue les huit pilules d'opium, les deux lavements térébenthinés (20 grammes) et les onctions belladonées et opiacées.

Le 9. Oppression considérable ; mâchonnement continuel ; état général très-grave ; insomnie, rêvasseries ; pouls petit, filiforme, fréquent ; 120 à 130 pulsations. Le ventre est très-ballonné et n'est plus très-douloureux. Au niveau de l'omoplate, souffle tubaire éclatant et râle crépitant à droite ; épanchement pleuréal à la base ; souffle aigre, chevrotant, à gauche ; matité considérable ; égophonie. — Même traitement.

Le 10. Même état général ; mêmes phénomènes du côté du thorax ; la malade ne tousse pas et n'expectore pas. — Opium, 10 centigrammes, en dix pilules ; huile essentielle de térébenthine, 25 grammes, en deux lavements ; onctions sur le ventre.

Le 11. Etat général meilleur, pouls plus ample ; ventre moins tendu, moins douloureux, moins ballonné. Du côté droit, souffle et égophonie intenses au

niveau de l'angle de l'omoplate. On entend dans le lointain quelques bulles de râle crépitant pendant les fortes inspirations. L'épanchement a beaucoup augmenté. Du côté gauche, souffle et égophonie, depuis l'angle de l'omoplate jusqu'en haut. Matité complète et absolue à gauche existant en bas, surtout à droite. — Opium, 10 centigrammes, en dix pilules ; essence de térébenthine, 30 grammes, en deux lavements.

Le 12. La malade a eu beaucoup d'oppression dans la matinée ; elle se trouve mieux au moment de la visite. Le pouls prend de l'ampleur. Le ventre n'est plus douloureux, si ce n'est un peu encore dans la fosse iliaque droite ; il est plus souple ; le météorisme a considérablement diminué. Souffle et râle crépitant simulé à droite, au-dessous de l'omoplate ; l'épanchement a diminué notablement ; souffle moins intense à gauche. On entend du râle crépitant diffus, humide et très-fin. — Même traitement.

Le 14. Même état. — Même prescription, à l'exception des pilules d'opium dont la quantité est diminuée de moitié, cinq au lieu de dix.

Le 15. La malade est dans de bonnes conditions générales. Le ventre est très-affaissé et indolore, excepté au niveau des flancs où il y a encore de la sensibilité. Le râle crépitant à droite devient plus gros et plus humide. Il est toujours aussi étendu à gauche, excessivement fin et humide. Pas d'expectoration, pas de toux. — Même traitement.

Le 17. Le ventre est très-souple et indolore. On constate que la péritonite s'est enkystée. Il existe au niveau des fosses iliaques des collections purulentes limitées par de fausses membranes. Elles sont globuleuses, rénitentes et un peu douloureuses à la pression. Mêmes phénomènes du côté du thorax.—Même traitement.

Le 18. A droite, il y a toujours du souffle et du râle crépitant humide. L'épanchement a disparu. A gauche, même caractère du râle crépitant. Souffle plus étendu. Toux sèche, sans expectoration. — On supprime l'opium ; on ordonne un seul lavement de térébenthine.

Du 19 au 22. Amélioration graduelle. Les tumeurs iliaques disparaissent peu à peu, sans qu'on puisse constater de pus dans les selles. Du côté droit, la respiration est à peu près normale, à part un peu de râle muqueux à la base. A gauche, l'épanchement a diminué très-notablement. Souffle léger, égophonie. On entend la respiration dans le lointain.

Le 20. On supprime la térébenthine en lavements.

Le 24. La malade va bien. — Une portion. — A gauche, la respiration s'entend, le souffle a disparu.

Le 4 mars. Respiration pure et nette ; ventre souple et indolore ; les tumeurs iliaques ont disparu complétement.

La malade est dans de bonnes conditions. Les accidents puerpéraux thoraciques et abdominaux sont complétement guéris.

Obs. II. *Péritonite puerpérale générale.— Emploi de la térébenthine à hautes doses en capsules, et de l'opium. — Guérison complète et rapide des accidents puerpéraux aigus.* — La nommée Fournier (Marie), âgée de vingt-deux ans, est entrée le 23 mars à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, nº 7. Cette femme, primipare, est accouchée le 26 février à l'hôpital Saint-Louis. L'accouchement a été peu laborieux ; il y a eu une perte de sang assez abondante après l'accouchement. La malade est restée neuf jours à Saint-Louis. Elle sort un peu souffrante, rentre chez elle, reprend ses occupations, mais après quelques jours elle

...it. Elle a des nausées, elle est mal à l'aise et éprouve des ... reins.

...onstatons le 24. Elle est surtout malade, dit-elle, depuis ...s. Le ventre est très-ballonné, douloureux à la pression; il ...éritonéal; résonnance tympanique à la percussion, surtout au ...ion ombilicale; légère obscurité du son au niveau des flancs; ...verdâtres; diarrhée; pouls très-petit, filiforme, très-fréquent, ...s. Figure grippée.— Un paquet de calomel d'un demi-centigramme ...eures. Quatre à cinq fois par jour, onctions sur le ventre avec la ...e belladone et d'opium, composée ainsi qu'il suit:

Belladone.	200 parties.
Opium.	100 parties.
Eau.	Q. S. pour consistance diffluente.

Le 25. Même état. — Même traitement.

Le 26. L'état de la malade ne s'améliorant nullement, mais s'aggravant plutôt, on supprime le calomel, qui n'a pas agi sur les gencives, et M. Trousseau prescrit six capsules de térébenthine, contenant chacune vingt gouttes d'essence, en tout 6 grammes environ. Ces capsules sont prises : deux le matin, deux autres à midi, et les deux dernières le soir. — On continue les onctions belladonées et opiacées.

Le 27. 104 pulsations; pouls filiforme. Pas de selles; quelques vomissements verdâtres. Soif assez vive; langue un peu chargée. Figure grippée, yeux excavés, teinte légèrement jaunâtre. Dyspnée légère; terreurs; pas de douleurs abdominales spontanées. Ventre moins douloureux, toujours très-ballonné.

Le 28. Hier la térébenthine, immédiatement après son ingestion, a déterminé une sensation de chaleur intense au niveau du creux épigastrique; la malade a éprouvé de légers vertiges vers le soir, des troubles visuels, un peu d'étourdissement et de somnolence. Aujourd'hui on donne le matin, pendant la visite, deux capsules coup sur coup, et quelques minutes après nous constatons une chaleur générale très-accusée; la peau est chaude et moite, elle devient très-rapidement sudorale; le pouls acquiert de l'ampleur; 112 pulsations; la tête devient un peu lourde et la malade accuse de la somnolence.— Même prescription qu'hier, c'est-à-dire six capsules de térébenthine, quatre onctions belladonées et opiacées.

Le 28. Hier, une selle molle, un vomissement. La malade a eu chaud et a transpiré une partie de la journée. Elle a eu de légers vertiges et un peu de tendance au sommeil. Ce matin, la figure est moins grippée, les yeux sont moins cernés; la malade a des sueurs générales. Elle accuse une sensation de brûlure très-intense dans l'estomac et dans le ventre. Elle n'a pas de démangeaisons cutanées, nous ne constatons pas d'éruption. La malade a reposé cette nuit; elle souffre bien moins. La peau est chaude et sudorale; le pouls est à 106, assez développé. Pas de frissons, pas de tremblements. Langue humide, toujours chargée. Météorisme toujours assez considérable; ventre peu douloureux. La douleur est surtout accusée à l'hypogastre.—Six capsules en trois prises; deux frictions.

Le 29. Une selle diarrhéique peu abondante et un vomissement glaireux hier. Même état général. Figure meilleure, un peu colorée; lèvres rosées, yeux à peine excavés; langue humide, un peu chargée; bouche pâteuse; sueurs abondantes; toujours la sensation de brûlure au niveau du creux épigastrique, sur-

tout accusée quand elle vient de prendre les capsules; puis étourdissements, vertiges, somnolence; 116 pulsations; pouls assez large, assez ample; peau moite, sudorale. Les douleurs abdominales sont revenues intenses et spontanées; le ventre est excessivement ballonné. Insomnie. — Six capsules en trois fois; deux frictions belladonées et opiacées. De plus, M. Trousseau ordonne; 5 centigrammes d'extrait gommeux d'opium, en cinq pilules. Prendre une de ces pilules après chaque administration de la térébenthine, et les deux dernières en une fois dans la soirée.

Le 30. Cessation des douleurs, à partir de la nuit; sommeil. Langue encore humide, à peine chargée; figure bonne; peau moite et sudorale. Pouls à 110, assez développé; ventre ballonné, mais peu douloureux au palper; l'hypogastre est toujours le point le plus sensible. Toux légère; un peu de bronchite; râles sous-crépitants à la base, à droite; expectoration muqueuse.— Même prescription qu'hier; de plus, deux lavements avec une infusion de camomille.

La malade présente toujours les mêmes phénomènes physiologiques, sous l'influence de la térébenthine.

Le 31. Le ventre est beaucoup plus souple et est peu douloureux; le météorisme a très-sensiblement diminué. Deux selles molles. Etat général satisfaisant. Peau excellente. Pouls à 110. Moins de sueurs, moins de chaleur au creux épigastrique, mais toujours vertiges et somnolence; de plus, démangeaisons cutanées sans éruption. La malade a bien reposé cette nuit.— Même prescription.

1er avril. Pas de selles, pas de vomissements. Sensation de brûlure épigastrique moins prononcée et de moindre durée, mais toujours vertiges et somnolence après les prises de térébenthine. Sueurs et chaleur cutanée moindres. Etat général satisfaisant; peau moite et sudorale; pouls à 110, assez développé. Ventre météorisé toujours, mais tout à fait indolore. — On supprime l'opium et la térébenthine; on continue les frictions et on ordonne 15 grammes d'huile de ricin et deux lavements d'infusion de camomille.

Le 2. Sept ou huit selles; ventre affaissé, souple et indolore. On délimite parfaitement à l'aide de la palpation, au niveau de l'hypogastre et des flancs, un relief semi-lunaire, à concavité supérieure, formé très-certainement par de fausses membranes. Etat général satisfaisant. Peau moite. Pouls à 112, assez développé. La péritonite est complétement guérie.— Deux potages, une friction, un lavement avec l'infusion de camomille.

Le 3. Les phénomènes physiologiques déterminés par la térébenthine ont complétement cessé.

Le 5. Etat général bon; langue nette. La malade se sent appétit; elle dort bien. Ventre complétement affaissé, souple, indolore; pouls à 104, assez développé; peau bonne. La malade tousse toujours un peu. — Une portion. — Depuis deux jours elle a de la diarrhée. On ordonne:

Sous-nitrate de bismuth....	1 gramme
Craie....................	1 gramme

en deux paquets.

Du 6 au 10. Même état et même prescription. — La diarrhée persistant toujours, on continue le sous-nitrate de bismuth et la craie, dont on augmente progressivement la dose jusqu'à 4 grammes de chaque substance en quatre paquets. Chaque paquet contient donc :

1 gramme de sous-nitrate de bismuth;
1 gramme de craie.

Malgré cette médication, la diarrhée persiste, et alors M. Trousseau prescrit le nitrate d'argent en pilules, 5 centigrammes en cinq pilules, que l'on continue jusqu'au 18.

A partir du 10 avril, l'amélioration si notable et progressive de l'état général s'arrête et la malade est prise de phénomènes morbides d'abord mal dessinés, à peine accusés, mais qui ne tardent pas à devenir de plus en plus intenses, et bientôt elle présente tous les symptômes caractéristiques de la fièvre hectique la mieux accusée ; amaigrissement ; fièvre, avec redoublement le soir ; sécheresse de la peau, sueurs nocturnes ; diarrhée intermittente ; vomissements glaireux non persistants ; perte de l'appétit ; insomnie. Le ventre est d'ailleurs parfaitement souple et complétement indolore. La malade tousse à de rares intervalles.

Ne sachant à quoi attribuer un semblable dépérissement et de tels accidents, on examine attentivement tous les viscères et on constate au sommet du poumon droit, sous la clavicule, ce qui suit : matité à la percussion ; respiration caverneuse, pectoriloquie, gargouillements : à l'auscultation, on porte le diagnostic de phthisie pulmonaire à marche aiguë.

On interroge avec soin la malade, au point de vue de la tuberculisation pulmonaire. Jamais, dit-elle, elle n'a eu antérieurement à sa grossesse de sueurs, de diarrhée, de vomissements, de toux persistante ou revenant très-facilement; jamais d'hémoptysie. Sa santé a toujours été bonne.

Elle succombe le 7 mai.

Autopsie. — Au sommet du poumon droit, dans la majeure partie du lobe supérieur, on trouve le tissu pulmonaire induré et infiltré de pus ; il présente l'aspect de l'hépatisation grise ; pas de caverne. De plus, dans l'épaisseur de ce poumon, on trouve trois ou quatre noyaux indurés qui, à la coupe, présentent le même aspect et la même consistance. Un de ces noyaux est complétement suppuré au niveau de sa partie centrale. Ces noyaux ne sont autres que des abcès métastatiques. Le poumon gauche est complétement sain.

Les anses intestinales dans le petit bassin sont accolées les unes aux autres par des fausses membranes qui présentent déjà beaucoup de consistance ; elles sont même étranglées incomplétement dans certains points par ces fausses membranes, qui non-seulement les unissent entre elles, mais qui les accolent encore à l'utérus, à ses annexes et aux parois de l'excavation pelvienne.

La cavité utérine et le tissu de l'organe ne présentent rien digne d'être noté. Les annexes, c'est-à-dire les ligaments larges, les trompes, les ovaires, les ligaments ronds sont confondus, fusionnés ensemble. A la coupe des annexes, on constate à droite et à gauche l'existence de petits foyers purulents remplis d'un pus jaune verdâtre, crémeux, parfaitement lié. Ces foyers ont le volume d'une noisette ou d'une noix.

Mais l'altération la plus remarquable et qui, à coup sûr, a été la cause de la mort, est la suivante : entre l'utérus et le rectum existe unc foyer purulent, du volume d'un œuf de poule, parfaitement limité par les fausses membranes, qui communique, à l'aide d'un trajet fistuleux, avec la cavité vaginale.

Rien dans le foie, dans les reins ; un abcès métastatique dans la rate.

Cette observation est fort remarquable sous plusieurs rapports. Un premier fait, le plus intéressant peut-être, qui mérite de fixer grandement l'attention, est la simulation si complète, si frappante de la phthisie pulmonaire par l'infiltration purulente du poumon droit.

Un second fait, tout à fait digne de remarque, est la marche insidieuse, latente, en quelque sorte, de l'infection purulente. Au point de vue clinique, ces deux faits présentent un très-grand intérêt ; cependant nous laisserons complétement de côté le point de vue clinique, car, en publiant cette seconde observation dans ce recueil, nous n'avons d'autre but et d'autre intention que d'examiner purement et simplement ce qui a trait à la thérapeutique. Or, cette observation, malgré l'issue funeste de la maladie, vient déposer en faveur de l'efficacité de l'opium et de l'huile essentielle de térébenthine dans le traitement de la péritonite puerpérale.

En effet, il suffit de suivre pas à pas l'histoire de la maladie pour se convaincre que, sous l'influence de cette médication, la péritonite, qui était généralisée et se présentait sous l'aspect le plus formidable, a été enrayée très-rapidement, s'est enkystée et a marché bien évidemment à grands pas vers la guérison. Cependant la malade a succombé. Pourquoi cela ? Quelle a été la cause de la mort ?

Ce n'est ni la péritonite, ni l'infection purulente ; en effet, toutes les lésions qui avaient surgi sous leur influence étaient en pleine voie de résolution au moment de la mort, et la malade aurait guéri à coup sûr, si un accident malheureux n'était venu fatalement la tuer.

Cet accident n'est autre que l'ouverture spontanée de la collection purulente rétro-utérine dans la cavité vaginale.

En effet, consécutivement à cette rupture, il y a eu pénétration de l'air extérieur dans ce foyer purulent, par suite décomposition du pus, qui est devenu ichoreux, sanieux, putride ; et de là une infection putride générale, une septicémie à laquelle la pauvre malade a bien évidemment succombé. Les symptômes qu'elle a présentés à la période ultime en font foi.

Nous le répétons en terminant, les deux faits que nous venons de rapporter nous paraissent véritablement favorables au traitement de Graves, et nous faisons des vœux par conséquent pour que des expériences, faites sur une plus grande échelle et dans des hôpitaux spéciaux, viennent juger la valeur réelle de cette médication dans une maladie dont la discussion académique actuelle n'a que trop révélé la résistance aux moyens thérapeutiques les plus puissants et les plus estimés.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Note sur le traitement de quelques accidents de la syphilis constitutionnelle.

Par le docteur Hervieux, médecin du Bureau central des hôpitaux.

Un séjour de trois mois que je viens de faire à l'hôpital du Midi, où j'avais été désigné pour remplacer M. Puche, m'a permis de recueillir un nombre considérable de faits intéressants relatifs au traitement de la syphilis constitutionnelle.

De ces faits je ne présenterai ici que le côté essentiellement pratique. Sans me préoccuper des questions de doctrine qui agitent et passionnent encore aujourd'hui la plupart des syphiliographes, j'exposerai simplement les résultats que j'ai obtenus dans le traitement, je ne dis pas de la vérole, mais de quelques accidents de cette affection, et notamment de certaines variétés de chancre et de bubon, des plaques muqueuses et des syphilides.

La variété de chancre qui m'a le plus fortement préoccupé, au point de vue thérapeutique, est le chancre phagédénique. Je n'ai pas besoin de rappeler ici le danger local de cette forme de chancre, la rapidité avec laquelle il s'étend soit en surface, soit en profondeur, les pertes de substance plus ou moins considérables qu'il détermine et par suite les difformités qu'il entraîne. Le praticien qui n'a pas tous les jours occasion de se trouver en face de tels accidents et de les combattre peut, s'il n'a pas une règle de conduite nettement formulée et tracée à l'avance, s'effrayer et éprouver les plus grandes perplexités à l'aspect de certaines sous-variétés de chancre phagédénique, telles que la variété gangréneuse et la variété diphthéritique, qui exigent, dès le début, une détermination aussi prompte qu'énergique. Or, si l'on consulte les auteurs qui ont écrit sur cette matière, la multiplicité des moyens indiqués devient une cause réelle d'embarras. Je ne rappellerai pas tous ces moyens, bien que j'en aie employé un certain nombre et parfois même avec un avantage réel. Je dirai seulement ceux qui m'ont le mieux réussi dans les divers cas que j'ai eu occasion de traiter.

Contre un mal dont l'action est si prompte et peut être si désastreuse (localement parlant), on conçoit sans peine qu'il faille un remède dont les effets physiologiques puissent rivaliser tant en énergie qu'en célérité. C'est ce qui explique l'usage qu'on a fait, dans certains cas, du beurre d'antimoine, de la potasse caustique, des pâtes arsenicales de Rousselot ou de frère Côme, du fer rouge, etc. Tous ces moyens comptent des succès, mais il y a quelque chose à

parier qu'ils comptent encore plus de revers, puisqu'ils sont généralement abandonnés.

Je dois cependant une mention toute spéciale à la pâte carbo-sulfurique dont mon honorable et savant maître, M. Ricord, fait un fréquent usage dans le traitement des ulcères phagédéniques. Cette pâte n'est autre chose que l'acide sulfurique uni à la poudre de charbon végétal dans les proportions convenables pour former une pâte demi-solide. Appliquée sur le chancre, elle ne tarde pas à se dessécher et à former une croûte noire qui reste adhérente aux tissus, fait pour ainsi dire corps avec eux et ne tombe que plusieurs jours après son application. Lors de sa chute, la plaie qu'elle laisse à découvert n'est plus qu'une plaie simple, exempte de toute virulence, analogue, en un mot, à l'ulcération qui suit la séparation d'une escarre et que la cicatrisation ne tarde pas à envahir. Quelquefois même le travail réparateur est presque complétement achevé lorsque la croûte se détache, et il n'est pas rare de trouver au-dessous une cicatrice déjà formée.

Je n'ai pu apprécier les bons effets de ce caustique qu'à la fin de mon séjour à l'hôpital du Midi, en suivant les conférences cliniques de l'illustre syphiliographe. J'ai donc le regret de n'avoir pu expérimenter par moi-même cet excellent modificateur des chancres phagédéniques. Mais je crois devoir le recommander comme étant d'une efficacité incontestable et que j'ai pu vérifier *de visu*. Justice étant ainsi rendue au maître, voici ce que m'a appris le relevé de mes observations.

La teinture d'iode pure appliquée au début sur le chancre phagédénique, à quelque sous-variété qu'il appartienne, me paraît être un des meilleurs topiques qu'on puisse opposer aux progrès de l'ulcération. Elle détermine généralement une douleur brûlante et corrosive, dont la durée et l'intensité sont proportionnelles à l'étendue et à la profondeur du chancre, mais qui peuvent dépendre aussi du plus ou moins d'irritabilité des sujets et surtout des parties affectées par la solution de continuité.

Parfaitement tolérée par la plupart des malades, la douleur que cause l'application de la teinture d'iode sur le chancre phagédénique est quelquefois si vive, que j'ai vu certains sujets se tordre et s'agiter en grinçant des dents et poussant des cris aigus. Quant à la durée de cette douleur, elle varie entre quelques minutes et plusieurs heures ; mais le plus ordinairement elle ne dépasse pas vingt à trente minutes.

Si, d'après ce que je viens de dire, on faisait de la douleur une

objection à l'emploi de la teinture d'iode pure dans le traitement du chancre phagédénique, le chloroforme se chargerait pour les sujets nerveux et irritables de répondre à cette objection.

Voilà pour les effets physiologiques. Voyons maintenant quels sont les avantages thérapeutiques attachés à l'emploi de ce moyen.

Dans le cas de chancre phagédénique simple, exempt de toute complication, deux applications de teinture d'iode faites à vingt-quatre heures de distance, à l'aide d'un pinceau trempé dans ce liquide, suffisent habituellement pour arrêter les progrès de l'ulcération.

Si le chancre phagédénique est compliqué de gangrène, de pourriture d'hôpital ou de diphthérite, il faut quelquefois quatre, cinq et, dans certains cas, jusqu'à six applications de caustique pour enrayer sa marche.

Or, voici ce qu'une expérience plusieurs fois répétée m'a appris. Lorsque deux ou trois séances sont restées insuffisantes pour arrêter les envahissements de l'ulcère, il ne faut pas insister opiniâtrément sur l'emploi de la teinture d'iode; celle-ci semble rester sans effet. Il y a avantage alors à passer à l'emploi d'un caustique moins énergique, tel que la solution concentrée de nitrate d'argent (5 grammes de ce sel pour 30 grammes d'eau distillée).

Grâce à cette méthode, je n'ai jamais vu le phagédénisme, même dans ses formes les plus redoutables, la forme gangréneuse et la forme diphthéritique, persister au delà de huit jours. Peut-être avec une expérience plus étendue aurais-je rencontré des exceptions à cette règle, mais au moins dois-je appeler sur ce sujet l'attention des hommes qui sont à même de rencontrer fréquemment ce genre d'accidents, afin qu'ils confirment ou infirment, s'il y a lieu, ces résultats de mon observation.

Du reste, il faut qu'il soit bien entendu de mes lecteurs que je ne pose point ici de lois thérapeutiques; je n'ai point la prétention de réformer le traitement des accidents de la vérole, je signale seulement les avantages que j'ai trouvés dans l'emploi de tel ou tel moyen. Voilà tout.

Un mot sur le traitement du bubon suppuré. Je n'ai jamais eu recours, pour livrer passage au liquide purulent, aux petites ponctions, soit simples, soit multiples. Mais j'ai eu occasion de voir un certain nombre de malades qui avaient été soumis à l'emploi de cette méthode et qui, au bout de deux et trois mois, présentaient des trajets fistuleux, des décollements cutanés étendus, avec amincissement et altération de la peau, sans la moindre tendance vers la guérison. Après avoir inutilement attendu pendant quinze jours,

trois semaines, l'occlusion spontanée de ces fistules, j'ai dû les inciser dans toute leur longueur et les transformer en une plaie vive à laquelle j'appliquais le mode de pansement que j'ai cru devoir adopter pour les bubons suppurés récemment ouverts.

Si du moins les petites ponctions offraient, comme compensation, l'avantage de prévenir la conversion du bubon suppuré en ulcère chancreux ! mais il n'en est rien. J'ai vu des malades dont les bubons, ouverts par une petite ponction, étaient devenus chancreux, tout aussi bien que s'ils avaient été largement incisés, et si mon simple témoignage sur ce point paraissait insuffisant, je pourrais invoquer celui de Vidal, l'auteur du procédé des ponctions multiples, et qui reconnaît que, dans le cas de bubon virulent, toutes les petites plaies peuvent s'inoculer et donner lieu à un vaste chancre.

Où est donc l'avantage des petites ponctions ? Serait-ce à éviter toute difformité, comme le prétend Vidal ? Mais il ne faut pas réfléchir beaucoup pour comprendre que, si les petites ponctions amènent souvent des trajets fistuleux, des décollements, etc.; si, d'une autre part, les petites plaies s'inoculent et se transforment, dans le cas de bubon virulent, en de vastes chancres, la difformité sera inévitable, par le fait de la cicatrisation ultérieure des orifices fistuleux ou des chancres ganglionnaires.

Guidé par ces motifs, j'ai adopté, comme règle de conduite, l'ouverture largement pratiquée du bubon suppuré, à quelque variété qu'il appartienne. Or, voici quels ont été les résultats de ce *modus faciendi*.



Dans les cas simples, c'est-à-dire lorsque le bubon suppuré ne présentait aucune des complications que je signalerai tout à l'heure, l'incision largement faite en ouvrant au pus une voie libre et facile secondait merveilleusement l'évacuation du foyer, puis le travail de réparation. Plus cette ouverture était prompte et rapprochée du moment où la suppuration avait commencé, moins la cicatrisation se faisait attendre. Ouvrir largement, ouvrir de bonne heure, telle est donc ma règle de conduite, et je la crois applicable à tous les cas.

Arrivons, en effet, aux cas où le bubon, une fois ouvert, se transformait en un véritable ulcère, tantôt chancreux, tantôt strumeux, quelquefois même participant de ces deux caractères à la fois. Il n'était pas en mon pouvoir, et je ne sache pas qu'il soit au pouvoir de personne, d'empêcher cette transformation. Je me trouvais donc en présence d'un ulcère soit vénérien, soit strumeux, avec la complication possible du phagédénisme pultacé, gangréneux, diphthéritique, etc.; mais alors je l'attaquais par les mêmes moyens dont

j'ai déjà parlé pour le chancre phagédénique, savoir : la teinture d'iode pure ou la solution concentrée de nitrate d'argent, secondée par les lotions d'eau chlorurée plusieurs fois par jour, et je déclare qu'à l'aide de ces moyens, aucun ulcère succédant à un bubon suppuré n'a résisté au delà de six semaines. Dans le plus grand nombre des cas, la cicatrisation était complète au bout de huit à quinze jours.

Pour ériger ces faits en préceptes, il faudrait sans doute une pratique considérable et des observations beaucoup plus nombreuses que celles que j'ai recueillies, quoique je m'appuie déjà, en ce qui concerne le bubon suppuré, sur une centaine de cas environ ; mais ces données pouvant servir de base, ou du moins de point de départ à des recherches plus importantes, j'ai cru devoir les livrer à la publicité.

J'ai apporté, ainsi qu'on a pu le voir, une très-grande réserve dans les propositions que j'ai émises, relativement à la thérapeutique du chancre phagédénique et du bubon suppuré.

Je crois pouvoir être, sans crainte de me tromper, beaucoup plus affirmatif à l'égard de ce qu'on appelle vulgairement les plaques muqueuses. L'extrême rapidité avec laquelle elles disparaissaient sous l'influence du modificateur thérapeutique auquel j'ai eu recours me permet d'avancer que, si cet agent n'est pas le spécifique des plaques muqueuses, c'est du moins un moyen tellement sûr, tellement efficace, qu'on peut le recommander sans la moindre inquiétude à la confiance des praticiens. Je veux parler de la solution concentrée de nitrate d'argent.

Ici encore, je ne prétends nullement m'attribuer le mérite de l'invention. Depuis longtemps on a préconisé l'emploi de ce moyen thérapeutique pour combattre les plaques muqueuses. Vidal indique dans son livre une solution faite avec 6 grammes de sel pour 100 grammes d'eau distillée. M. Chassaignac fait depuis longtemps un usage journalier dans son service, et pour le même but, de la solution à 5 grammes de nitrate d'argent pour 30 grammes d'eau distillée. Par conséquent, j'aurais très-mauvaise grâce à prendre un autre rôle que celui de vulgarisateur d'une pratique que je crois excellente parce qu'elle m'a donné constamment d'excellents résultats.

Je ne sais pas ce qu'on obtient par l'emploi des divers moyens qui ont été proposés pour la guérison des plaques muqueuses.

Je ne sais pas ce qu'on obtient par les lotions de sublimé, d'alun, d'acétate de plomb, par les pommades au mercure, à l'oxyde de zinc, à l'iodure de soufre, par les poudres d'amidon, de calomel, etc.

Mais ce que je sais, c'est que les plaques muqueuses les plus confluentes, celles qui occupent les surfaces les plus étendues, celles qui donnent lieu au suintement le plus infect, celles même qui ont une certaine épaisseur, pourvu qu'elles ne soient pas trop fortement hypertrophiées ou qu'elles n'aient pas subi quelques-unes des transformations dont elles sont susceptibles, s'affaissent, se flétrissent, se sèchent et disparaissent dans l'espace de quelques jours, si l'on a la précaution de badigeonner chaque jour les parties malades avec un pinceau trempé dans une solution de nitrate d'argent suffisamment concentrée (5 grammes pour 30 d'eau).

On est toujours obligé de recourir en même temps à l'usage des bains, la malpropreté des sujets entrant habituellement pour une large part dans la production de ce genre d'accident.

Il ne faudrait pas croire que cette guérison si prompte des pustules muqueuses, dans les cas nombreux que j'ai observés, reconnût pour cause l'emploi simultané d'un traitement interne, des mercuriaux par exemple.

J'ai pu me convaincre maintes fois, en ajournant l'administration du traitement interne au moment où les plaques muqueuses avaient disparu, ce qui n'était jamais long, que l'efficacité incombait tout entière à la médication externe. Il ne peut donc rester à cet égard le moindre doute.

Dans le cas où les plaques muqueuses se sont transformées en une vaste surface végétante d'une grande épaisseur, le badigeonnement avec la solution de nitrate d'argent ne suffit plus pour amener la disparition de l'affection.



Il s'est présenté à l'hôpital du Midi un homme qui, entre autres accidents syphilitiques, présentait à la face interne des fesses des plaques muqueuses qui, par suite de leur transformation sur place en végétations, offraient l'aspect suivant.

Lorsque le malade se mettait à genoux sur son lit, la tête en bas et le bassin élevé, on voyait préalablement à tout écartement des fesses la rainure interfessière occupée comme par les deux valves d'un coquillage, ou, si l'on veut, par deux tranches de melon juxtaposées. Cette dernière comparaison est d'autant plus exacte, que non-seulement la partie circonférentielle décrivait une courbe très-régulière, mais encore que cette partie était la plus épaisse et allait en s'amincissant jusqu'à l'anus.

Si l'on écartait fortement les deux fesses, de manière à mettre les deux surfaces presque sur un même plan horizontal, celles-ci for-

maient un cercle complet, qui n'avait pas moins de 6 centimètres de rayon.

Au premier abord, le côté par lequel se regardaient les deux surfaces malades paraissait lisse, mais si l'on tirait sur les téguments à chaque extrémité de leur axe longitudinal, on voyait chacune d'elles se diviser en plis rayonnés, mais taillés carrément, et d'autant plus épais et plus volumineux qu'on les considérait plus près de leur circonférence.

Ces deux surfaces étaient le siége d'un suintement continuel et infect. Leur état d'humidité était entretenu par les frottements continuels des deux fesses l'une sur l'autre. Le dos de chaque valve n'avait pas moins de 1 centimètre et demi d'épaisseur ; il était sec, inégal et présentait une sorte de croûte jaunâtre.

On concevra sans peine le peu de prise que pouvaient avoir sur une pareille lésion les attouchements avec la solution de nitrate d'argent, même la plus concentrée. Je songeai à l'acide nitrique et je l'employai pur. Je touchai d'abord très-légèrement avec un pinceau trempé dans cet acide les parties de la tumeur les plus épaisses et par conséquent les plus éloignées de l'anus. J'obtins, dès le lendemain, un affaissement marqué de la portion touchée. Les douleurs avaient été très-tolérables et s'étaient apaisées au bout d'une demi-heure. Pour tout pansement, j'interposai du coton cardé entre les deux surfaces.

Enhardi par ce premier résultat, je renouvelai chaque jour les attouchements avec l'acide nitrique pur, prenant des précautions de plus en plus grandes, à mesure que la double tumeur s'affaissait et par conséquent que je me rapprochais de la peau d'une part, et d'autre part de l'orifice anal.

Lorsque je quittai le service, il y avait à peine dix jours que le malade était en traitement, et déjà la double tumeur était presque entièrement flétrie, très-notablement rétrécie, et il eût suffi dans cet état de quelques badigeonnements avec la solution de nitrate d'argent pour compléter la guérison.

A part les douleurs déterminées, sur le moment de l'application, par le caustique liquide, aucun accident n'a accompagné l'emploi de ce traitement local, ni ulcération des parties circonvoisines, ni hémorrhagie, ni rétrécissement anal. Les selles, qui entraînaient auparavant un peu d'écoulement sanguin, étaient devenues libres, faciles et complétement exemptes de flux de cette nature.

Je terminerai cette note par l'énoncé des résultats que m'a fournis dans le traitement des syphilides l'emploi d'un moyen dont

l'idée ne m'appartient pas et dont je dois rapporter tout l'honneur à son auteur, M. Cullerier.

J'étais à peine depuis quelques jours à l'hôpital du Midi que j'appris par mon interne les bons effets que l'honorable et savant chirurgien obtenait journellement et depuis longtemps de l'usage des vésicatoires appliqués à la curation des éruptions cutanées syphilitiques. *(La fin à un prochain numéro).*

Considérations pratiques sur le rétrécissement de l'urètre dit infranchissable et sur son traitement (1).

Par M. le docteur CH. PHILLIPS.

Du cathétérisme dans le cas de rétention d'urine produite par des rétrécissements de l'urètre. — De l'aveu des praticiens les plus expérimentés, le cathétérisme, lorsqu'il y a des rétrécissements dans l'urètre, est une des opérations les plus difficiles et les plus dangereuses de la chirurgie; et cependant, on voit tous les jours des médecins essayer de le faire, sans exploration préalable, et sans avoir acquis aucun renseignement sur le siége et la nature des obstacles. N'ayant aucun point de repère, et manœuvrant à l'aventure, ils veulent traverser, avec une sonde de trousse dont le diamètre est de six millimètres, un rétrécissement dont l'ouverture n'a pas souvent deux millimètres de diamètre. D'autres font prendre chez le pharmacien le plus proche des sondes en caoutchouc, presque toujours droites, et qu'ils recourbent au moyen d'un gros mandrin en fer. Armés de ces instruments, ils tentent en vain d'arriver à la vessie; et, après de longs essais, ils placent le malade au bain, prescrivent des applications de sangsues, pratiquent la saignée du bras; voyant enfin les accidents devenir menaçants, et après avoir perdu beaucoup de temps, les plus prudents demandent du secours, et les plus audacieux font les opérations hasardeuses de la boutonnière et du cathétérisme forcé.

Dans cette situation difficile, les chirurgiens ne se sont pas ralliés à une même règle de conduite, et ils ont employé des moyens divers qui sont tous d'une exécution difficile, et dont quelques-uns sont d'une application périlleuse.

Nous citerons ceux qui sont le plus en usage, et, après en avoir reconnu les inconvénients, nous décrirons celui qui nous a semblé être le plus inoffensif et le moins incertain.

Deux procédés opératoires, principalement, résument le plus grand

---

(1) Voir les livraisons des 30 avril et 15 mai derniers, p. 348 et 413.

nombre de difficultés, exigent les connaissances anatomiques les plus précises, et la plus grande délicatesse de tact : ce sont ceux de M. Civiale et de M. Leroy. Vient ensuite celui de M. Mercier, qui est un véritable progrès, en ce qu'il démontre le danger des idées qui à cette époque dominaient la pratique dans cette partie de la chirurgie.

Procédé de M. Civiale (Traité pratique, p. 233). — On fait coucher le malade sur le bord d'un lit peu élevé ; les cuisses sont écartées et fléchies ; le chirurgien se place entre les jambes, et s'assure de la situation de l'obstacle. Il introduit lentement une sonde en métal de deux à trois millimètres de diamètre, à petite courbure, et bien arrondie à son extrémité, jusque contre le rétrécissement siégeant à la courbure du canal. On y maintient pendant quelque temps l'extrémité de la sonde, en exerçant une pression légère égale, et on allonge doucement la verge sur la sonde. Après quelques minutes, on abandonne la verge, et l'on sent la sonde engagée dans la stricture, où son extrémité est quelquefois serrée. On tire de nouveau la verge, et on pousse la sonde, *en la maintenant dans l'axe du canal.* On cesse de nouveau pendant quelques minutes, puis on recommence, après s'être assuré que la sonde est encore dans l'obstacle.

Après un temps plus ou moins long, la sonde franchit le rétrécissement. Dans quelques cas, elle est fortement serrée dans la portion membraneuse, puis elle devient libre. Pendant les contractions musculaires qu'on sent aisément, il faut s'abstenir de toute pression, et attendre le relâchement, qui permet à la sonde de s'avancer sans produire de douleurs.

Si la sonde est arrêtée lorsqu'elle est engagée, il faut en prendre une plus petite, qu'on dirige de la même manière. M. Civiale dit que, dans un cas, la sonde n'est arrivée qu'après quatre heures « d'alternatives de suspension et de reprise de la manœuvre. » Les besoins d'uriner et les introductions du doigt dans l'anus fatiguent plus le malade que l'opération elle-même. Il recommande cependant cette introduction, afin de reconnaître que la sonde avance dans la portion membraneuse. On cesse alors de tirer la verge en avant, et on continue à pousser la sonde, en ayant grand soin de conserver *la direction de l'axe du canal.*

Lorsque la sonde a pénétré dans la portion prostatique, on abaisse la main qui tient le pavillon, afin que le bec ne laboure pas la face inférieure de cette région : mais la sonde offre souvent trop peu de

résistance, à cause de son petit volume, pour ne pas plier pendant ce mouvement d'abaissement ; il faut de nouveau introduire le doigt dans le rectum, afin de relever le bec de la sonde, et suppléer ainsi à son défaut de résistance.

Elle arrive ensuite aisément dans la vessie, quand la prostate est saine.

Procédé de M. Leroy (Urologie, p. 390). — Ce cathétérisme que M. Leroy nomme *par pression soutenue*, se fait avec une sonde cylindrique, en métal et d'un petit calibre. Il donne la recommandation de ne pas employer la violence : il faut seulement exercer une pression modérée, lorsque le bec de l'instrument est appuyé contre l'obstacle. Cette pression est maintenue au même degré, pendant une heure et plus, en portant toute son attention à maintenir la sonde *dans la direction de l'axe du canal.*

Cette manière d'opérer le cathétérisme a réussi à M. Leroy dans des cas où de petites bougies n'avaient pu franchir les obstacles, dans des cas de rétention d'urine produite par un gonflement inflammatoire, par une violence mécanique, ou par une cautérisation.

On voit que, pour vaincre les obstacles sans accidents, il faut pousser la sonde, en la maintenant *dans la direction de l'axe du canal!* Ce conseil, facile à donner, est à peu près impossible à suivre : en effet, on ne possède aucun moyen de connaître le moment où le bec de la sonde s'écarte de la voie ; et lorsqu'elle butte contre un second rétrécissement, après avoir traversé le premier, les sensations qu'elle transmet sont si vagues et si confuses, qu'il n'est pas possible de diriger son extrémité profondément engagée. C'est donc en tâtonnant, et au hasard, qu'on essaye de la faire avancer.

Le toucher et les pressions sur le périnée et par le rectum ne sont d'aucun secours, et peuvent être nuisibles. Si la sonde est mal engagée, si elle a fait fausse route, le doigt introduit dans le rectum constate l'accident, mais ne le prévient pas ; et pour peu que le chirurgien veuille aider à sa marche par la pression sur le périnée, le doigt en comprimant achève la lésion commencée.

Sans doute MM. Civiale et Leroy ont fait cette opération avec succès, mais on ne doit pas poser l'exception comme la règle générale : et il est évident que tous les chirurgiens appelés à venir en aide aux malades atteints de rétention d'urine, ne possédant pas l'expérience et l'habileté manuelle de ces célèbres opérateurs, devront, par prudence, avoir recours à des manœuvres moins périlleuses.

Procédé de M. Mercier (Recherches thérapeutiques sur les rétré-

cissements, p. 71). — M. Mercier se sert d'une bougie en gomme, de 3 millimètres de diamètre, s'amincissant graduellement et de manière à se terminer par une extrémité mousse, qu'il recourbe légèrement. Arrivé à l'endroit rétréci, il tend le canal afin de la soutenir et de diminuer la saillie formée par le rétrécissement; il se produit ainsi une espèce d'entonnoir qui conduit la bougie vers l'ouverture de l'obstacle; dès qu'elle est engagée, il la pousse avec lenteur, par une pression continue, jusque dans la vessie. Si cet organe trop plein fait des efforts pour se vider, M. Mercier retire la bougie qui donne issue à un jet d'urine plus ou moins fort; il l'introduit de nouveau et il la laisse en place. Lorsqu'il y a impossibilité d'engager l'extrémité de la bougie dans le rétrécissement, après l'avoir présentée à différents points de la circonférence du canal, après avoir perdu l'espoir de réussir, « on peut essayer des algalies de différents volumes : il arrive quelquefois qu'on sent l'algalie pénétrer peu à peu; alors on insiste et on peut même s'aider pour cela de la main gauche appliquée sur le périnée et pressant sur la convexité de l'instrument. » C'est donc encore au hasard qu'il faut demander la réussite; et, s'il n'est pas propice, on essaye des algalies de différents volumes, dont on aide la marche par des pressions sur le périnée, c'est-à-dire qu'il faut avoir recours à la force, alors que la plus grande délicatesse de main est la seule condition du succès.

Le moindre inconvénient de ces procédés, c'est la perte de temps. Quelle que soit l'habileté de l'opérateur, et les noms que nous venons de citer ne laissent rien à désirer à cet égard, il n'arrive à la vessie qu'après de longues et pénibles manœuvres. Si l'on réfléchit qu'il est souvent appelé lorsque le malade souffre depuis longtemps, et après de nombreux et infructueux essais, on sera convaincu qu'il n'est pas indifférent de prolonger les angoisses de la rétention et d'aggraver cet état par les douleurs de l'opération.

Le chirurgien est généralement trop dominé par le désir d'introduire une sonde dans la vessie, afin d'évacuer promptement le liquide qu'elle contient, ne donnant pas assez d'importance à ce fait, que la sortie d'une petite quantité d'urine produit immédiatement un soulagement momentané; il veut, quand même, exécuter un cathétérisme complet, trop souvent fertile en accidents.

Si l'on tient compte de la petitesse et de la rigidité des instruments en métal, si l'on se représente la multiplicité et la variété des obstacles, si enfin on reconnaît l'absence absolue de guide pour rester dans la direction de l'axe du canal, et le manque de précision dans la détermination de la force à employer, on comprendra pour-

quoi le cathétérisme est, dans un si grand nombre de cas, une opération désastreuse.

Le rétrécissement ne produit pas directement la rétention d'urine; elle est due à la contracture musculaire, conséquence ordinaire des altérations de l'urètre. Cette vérité, démontrée depuis peu d'années par les beaux travaux de MM. Mercier et Caudemont, doit modifier puissamment la thérapeutique de cette affection. Ces habiles chirurgiens ont fait voir qu'un rétrécissement qui admet une bougie de 1 ou de 2 millimètres devrait aussi laisser passer l'urine; et ils ont, par de délicates dissections, montré comment l'appareil musculaire, en se contractant sous l'influence d'une inflammation, soulevait, en forme de soupape, la lèvre inférieure du col vésical et fermait complétement l'orifice interne de l'urètre.

L'expérience aussi a prouvé qu'il suffisait de mettre une petite bougie en contact avec le rétrécissement pour faire cesser momentanément la contracture et pour déterminer la sortie d'une petite quantité d'urine; ce fait, observé souvent, a été diversement expliqué : les chirurgiens qui ont employé la pommade de belladone pour graisser l'instrument l'ont attribué à l'action de ce médicament; d'autres n'ont voulu y voir qu'une coïncidence, alors qu'il s'agissait en réalité de la cessation d'un état spasmodique, déterminé par la présence d'un corps étranger dans l'urètre.

Eclairé par ces deux faits, j'ai renoncé à l'emploi de la sonde en métal, et je me sers toujours de la bougie filiforme, dans les cas de rétention d'urine produite par des rétrécissements de l'urètre.

On doit, avant toute autre manœuvre, faire une exploration de l'urètre avec une petite bougie à boule, afin de connaître si la rétention d'urine est produite par un rétrécissement ou par une modification de la prostate, ces deux causes exigeant des opérations différentes. S'il s'agit d'un rétrécissement, je fais placer le malade debout, appuyé contre un mur; je m'assieds devant lui, et j'opère de la manière suivante :

Une bougie filiforme en baleine, dont la pointe est tordue en spirale, est introduite avec lenteur jusqu'à ce qu'elle rencontre un obstacle, qui ne peut pas être confondu avec les replis de la muqueuse puisque l'exploration préalable a fait connaître le siége exact du rétrécissement. Si elle est arrêtée avant d'avoir atteint la profondeur connue à l'avance, on la retire de quelques millimètres, on la fait tourner entre les doigts, afin de déplacer sa pointe, et on l'enfonce de nouveau avec précaution, jusqu'à ce qu'elle arrive contre le rétrécissement dont on a reconnu exactement la place. Dans quelques

cas favorables, elle s'y engage tout de suite et elle entre dans la vessie, où on la laisse pendant trois ou quatre minutes : après ce temps, on la retire, et elle est suivie d'une petite quantité d'urine. On fait ensuite une nouvelle introduction, et, après le même séjour dans la vessie, on la retire et on fait sortir la même quantité d'urine, et quelquefois davantage. Après avoir répété ces manœuvres trois ou quatre fois, les angoisses de la rétention cessent : on peut agir plus lentement en laissant la bougie en place, pendant quinze ou vingt minutes, et alors elle sert de conducteur à l'urine, qui tombe en gouttes très-rapprochées et sans interruption. Si, après ce temps, le liquide ne coule pas le long de la bougie, on la retire de nouveau et elle entraîne un jet d'urine petit, filiforme, mais persistant. Le malade cesse de souffrir, et on peut replacer la bougie pendant un temps assez long pour faire cesser le spasme et vider complétement la vessie. On ne réussit pas toujours à traverser le rétrécissement tout de suite ; la pointe de la bougie butte contre lui, ou elle y reste fortement serrée ; il faut alors la laisser en place pendant dix ou douze minutes, elle redevient libre, et, en la retirant, on amène au dehors une petite quantité d'urine ; on recommence ensuite la même manœuvre, et, après quatre ou cinq introductions, la bougie dépasse l'obstacle.

Dans d'autres circonstances, le spasme de la masse musculeuse empêche la marche de l'instrument ; après avoir facilement passé dans la stricture, il est tout à coup arrêté, et il est momentanément impossible de le faire avancer ou de le faire sortir. Je me suis bien trouvé, dans ce cas, de laisser reposer le malade pendant quinze ou vingt minutes et de suspendre toute espèce de manœuvres.

Lorsque la bougie est entrée dans la vessie, on la retire après un séjour de quelques minutes : une petite quantité d'urine s'écoule, ainsi que nous l'avons dit déjà, et les douleurs de la rétention ne tardent pas à cesser. On introduit de nouveau la bougie en baleine, qu'on remplace après deux ou trois heures par une bougie filiforme en caoutchouc, toujours supportée plus aisément.

On continue ensuite le traitement du rétrécissement.

Cette manière d'attaquer la rétention d'urine est longue, peu brillante et peu chirurgicale, selon le sens attribué à ce mot, mais elle est sûre, exempte de danger, et elle donne un résultat assez complet puisqu'en peu de temps elle fait cesser les douleurs, quoiqu'on n'ait pas évacué la totalité de l'urine.

De la boutonnière. — Dans des cas difficiles, lorsque les chirur-

giens ont manqué de persévérance dans l'emploi de la sonde, ils ont pratiqué l'opération de la boutonnière. Jusque vers 1845, on a admis trop facilement l'imperméabilité du rétrécissement et on a créé une issue à l'urine, en ouvrant dans le périnée une communication avec la vessie. Le but bien défini de cette opération était donc l'évacuation de l'urine, et la nécessité de la faire résultait de la présence d'un obstacle s'opposant à l'introduction d'un instrument par les voies naturelles; en conséquence, elle devait être exécutée sans guide, sans conducteur et à l'aventure.

Dans quelques rares circonstances, on lui a donné une portée plus grande; après avoir fait cesser les accidents les plus pressants, après avoir évacué l'urine, on a recherché le pertuis du rétrécissement, soit en avant, soit en arrière; et on y a introduit un stylet cannelé sur lequel on a fait la section de l'obstacle. Cette extension donnée à l'opération n'a jamais été qu'un fait accidentel et empirique, et non le résultat d'une connaissance plus exacte de la nature de la lésion.

Telle était la pratique en France, lorsqu'on apprit de quelle manière M. Syme, d'Edimbourg, faisait, comme méthode curative générale, l'incision périnéale des rétrécissements de l'urètre.

Cette méthode, d'abord tenue en suspicion, fut ensuite appliquée sans suivre les indications si précises de son auteur; de là des mécomptes.

M. Syme n'admet pas qu'on fasse cette opération sans un conducteur préalablement placé dans le rétrécissement, afin d'éviter les longues et souvent inutiles recherches du canal, et il l'exécute seulement pour diviser le rétrécissement, en choisissant le moment le plus propice, afin d'être à l'abri des dangers inséparables d'incisions faites dans des tissus altérés par une rétention d'urine. Quelques opérateurs se sont écartés de ces sages préceptes; ils ont confondu dans une même pensée la boutonnière et l'urétrotomie, deux opérations essentiellement différentes, et par le but et par l'exécution; et ils ont eu à regretter leur témérité.

La boutonnière, dont la nécessité est si rare, et qui peut être si utilement remplacée, ne devrait plus occuper les chirurgiens qu'à titre de fait historique : d'éminents praticiens l'ont condamnée, à cause de ses dangers et de son peu d'utilité. Chopart (Maladies des voies urinaires, t. II, p. 248), le reflet des opinions de Desault, la déclare « inutile et dangereuse ; » inutile si le rétrécissement peut être franchi, dangereuse parce qu'elle expose à manquer le canal, à faire des incisions au hasard et à diviser des parties dont la lésion est

susceptible d'accidents ; « aussi est-il souvent arrivé à des hommes d'une haute réputation en chirurgie de commencer cette opération sans pouvoir l'achever. »

M. Sédillot, qui s'est beaucoup occupé de cette question, n'hésite pas à dire que, lorsque le rétrécissement n'est pas franchi, l'opération de la boutonnière est la plus difficile de la chirurgie et qu'elle ne doit être tentée que par des hommes d'un grand sang-froid et de beaucoup d'expérience. Ces difficultés résultent principalement de l'épaississement et de l'induration des tissus, des changements de rapports causés par des cicatrices et par des fistules, qui rendent quelquefois impossible la mise à découvert de l'urètre : la plus légère déviation du bistouri peut amener des accidents graves ; si l'incision s'écarte de la ligne médiane, on a à craindre une hémorrhagie que la ligature ne peut arrêter ; il faut alors employer la compression qui, empêchant la sortie de l'urine par la plaie, favorise les infiltrations et produit la mort par la résorption purulente. M. Sédillot a vu mourir un malade qui avait heureusement résisté à l'opération de la boutonnière ; les urines s'écoulaient librement par la plaie. Ayant voulu couper le rétrécissement, le chirurgien plaça un morceau d'éponge pour élargir la plaie et, dès le lendemain, la résorption purulente était commencée. Le malade mourut le cinquième jour. On trouva des abcès gangréneux dans les poumons.

Les modifications qu'on a faites à cette opération, telles que les crochets de Thompson, les fils d'Avary et les stylets de Sédillot, ont rendu son exécution plus facile, mais n'ont point diminué ses dangers, et elle sera toujours un grave sujet d'inquiétude pour le chirurgien qui reste dans l'incertitude d'atteindre convenablement le canal, de retrouver son bout supérieur, et surtout d'y introduire une sonde.

De la ponction de la vessie. — Comment faut-il agir lorsque la rétention, déjà ancienne, est compliquée d'une infiltration urineuse et lorsque de malheureux essais de cathétérisme ont fait des fausses routes dans l'urètre ? Les chirurgiens anglais et, depuis l'opération de Syme, les chirurgiens français semblent aujourd'hui préférer la boutonnière à la ponction de la vessie. Il est vrai que quelques-uns peuvent faire valoir un petit nombre de succès en faveur de cette opinion. Je rappellerai entre autres celui de M. F. Verneuil, dont les persévérants travaux et l'habileté chirurgicale ont, à juste titre, fixé l'attention de ses confrères ; mais, à côté de ces résultats exceptionnels, il faut tenir compte des nombreux cas de mort, dus principalement à la résorption purulente, si commune après cette opération.

La ponction de la vessie, au contraire, faite en temps utile, est une opération d'une exécution facile, dont le résultat est immédiat et qui ramène les organes à un état favorable pour supporter de nouveaux essais de cathétérisme. La vessie ayant cessé de se contracter violemment après la sortie de l'urine, le rétrécissement, cause première de la rétention, devient plus facilement perméable. Colot, en rapportant l'histoire d'un greffier au Parlement, dit : « Si le rétrécissement est la cause première de la rétention, celle-ci augmente les difficultés du rétrécissement, qui devient très-difficile à franchir, alors qu'une petite bougie pouvait le traverser peu de jours auparavant. » Les partisans de la boutonnière disent que la ponction soulage le malade pendant peu de temps et que les difficultés restent les mêmes pour le rétrécissement. C'est une erreur : indépendamment du temps que l'on gagne, on change les conditions du malade qui, ne souffrant plus, peut supporter des manœuvres permettant de traverser un rétrécissement jusque-là infranchissable. Ce fait est fréquemment démontré par la pratique.

Ils disent encore que les douleurs étant incessantes, et l'état du malade faisant redouter une terminaison funeste, on n'a le choix qu'entre le cathétérisme forcé ou l'urétrotomie périnéale ! Le cathétérisme forcé doit être abandonné comme une des opérations les plus dangereuses et les moins utiles. Qui ne sait combien les autopsies ont dévoilé de fausses routes ?

Et l'urétrotomie périnéale, sans conducteur, n'est autre chose que la boutonnière avec ses incertitudes et ses dangers.

L'utilité de la ponction étant admise, par quel procédé faut-il la faire ?

MM. Reybard, Demarquay et d'autres chirurgiens, adoptant les idées de Hoin de Dijon, préfèrent à la ponction suspubienne celle faite par le périnée ou par le rectum : contrairement à l'opinion de ces habiles praticiens, nous croyons que c'est à la ponction suspubienne qu'il faut demander le moyen le plus sûr d'arriver à la vessie ; elle est facile à faire, elle produit peu de douleur, la nature et le peu d'épaisseur des tissus qui doivent être traversés par l'instrument n'opposant pas de résistance. Lorsqu'elle est achevée, le malade peut aisément vider sa vessie, en se couchant sur l'un ou sur l'autre côté ; la présence de la canule dans la plaie ne l'empêche pas de se lever, de rester assis ou de marcher ; et quand on juge nécessaire de retirer cette canule, la cicatrisation de la plaie se fait rapidement et sans laisser de fistule ; enfin, s'il devient indispensable de la laisser longtemps dans la plaie, il est facile de la nettoyer et d'empêcher les

incrustations phosphatiques. Il est vrai que la ponction par le pubis peut être très-difficile à exécuter : 1° lorsque le sujet est très-gras; 2° lorsque la vessie trop contractée ne se laisse pas distendre suffisamment pour s'élever au-dessus du pubis. Dans le premier cas, on a donné le conseil de couper les tissus avec le bistouri jusqu'aux muscles abdominaux, afin d'assurer l'entrée et la marche du trocart. Si cette modification rend la ponction plus facile, elle ne diminue pas les embarras qu'on rencontre pour maintenir la canule dans la plaie; et dans le second cas, lorsque la vessie ne dépasse pas le pubis, on est sans guide pour l'atteindre sûrement. Heureusement ces deux conditions sont très-rares; et si l'on rencontrait l'une ou l'autre, je pense qu'il faudrait faire cette opération par un autre procédé.

La ponction par le rectum a de graves inconvénients; le séjour de la sonde est très-incommode et gêne la sortie des matières fécales; elle provoque de faux besoins d'uriner et d'aller à la selle : le malade ne peut ni marcher ni s'asseoir, il doit rester couché; et enfin, la cicatrisation de la plaie, souvent incomplète, laisse une fistule urinaire.

Ce qui a fait prévaloir la ponction par le rectum, c'est qu'elle ne donne pas lieu aux infiltrations urineuses : après la ponction par le pubis, on a eu à déplorer quelquefois cet accident; on en a été justement effrayé, et on l'a admis à tort comme une conséquence fréquente. Lorsqu'on lit les narrations de ces faits, on voit que de nombreux et infructueux essais d'introduction d'une sonde ont fatigué le malade; que souvent il est survenu des hémorrhagies, c'est-à-dire qu'il y a eu déchirure de l'urètre ou du col vésical; et qu'on s'est enfin décidé à faire la ponction, après avoir perdu beaucoup de temps, après avoir laissé la vessie subir une distension considérable, après avoir violenté les organes, enfin après avoir créé les conditions les plus défavorables au succès d'une opération. Au contraire, lorsqu'on s'est abstenu de manœuvres violentes, lorsque surtout on a agi en temps opportun, la ponction suspubienne est, de tous les procédés, le plus facile à exécuter, et le plus assuré dans ses résultats : la pratique de M. le professeur Malgaigne en a donné de nombreuses preuves.

Des faits que nous venons d'exposer, il résulte que :

1° La transformation des tissus, produite par l'urétrite, peut oblitérer complétement le canal de l'urètre;

2° L'oblitération complète est plus fréquente après une action traumatique qu'après une simple inflammation;

3° L'oblitération complète du canal est toujours compliquée de fistules urinaires ;

4° L'oblitération complète est parfaitement distincte du rétrécissement dit infranchissable ;

5° Ce dernier laisse toujours passer une certaine quantité d'urine, soit à des intervalles plus ou moins rapprochés, soit d'une manière continue, et goutte à goutte ;

6° Partout où l'urine passe, une bougie peut toujours être introduite, à la condition d'agir avec lenteur, patience, et avec une grande foi dans la puissance de cet instrument ;

7° La perforation est la base du traitement de l'oblitération complète ; elle doit être variée selon que la lésion existe dans la portion pénienne ou dans la courbure de l'urètre :

A. Si l'obstacle existe dans la portion pénienne, on peut l'attaquer avec un trocart, le doigt pouvant suivre et guider sa marche à travers l'épaisseur des tissus ;

B. S'il est placé dans la courbure, on doit d'abord introduire dans la fistule périnéale un conducteur à cannelure, qui servira de guide au trocart, introduit par le méat urinaire ;

8° La communication entre les deux portions de l'urètre étant rétablie, on continuera le traitement par la dilatation ;

9° Si la rétention d'urine est produite par un rétrécissement, on ne doit jamais faire le cathétérisme avec une sonde en métal : il faut employer les bougies filiformes, qu'on introduit lentement et qu'on retire après quelques minutes de séjour ; il sort chaque fois une petite quantité d'urine qui soulage le malade, et lorsque les angoisses ont cessé, on fixe la bougie, sur laquelle l'urine ne tarde pas à couler en totalité ;

10° Si l'introduction de la bougie est momentanément impossible, et si la rétention devient insupportable, il faut faire, par-dessus le pubis, la ponction de la vessie ;

11° Si la rétention est compliquée d'infiltration urineuse, et si l'introduction de la bougie ne peut être faite tout de suite, on doit faire la ponction suspubienne, et on doit inciser largement le périnée. Après quelques jours, les tissus sont assez dégorgés pour permettre de nouvelles tentatives de cathétérisme ; dès lors, n'étant plus pressé par les angoisses de la rétention, on peut agir avec lenteur et prudence, et l'on traverse des rétrécissements qu'à tort on a cru être infranchissables.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Médication anthelminthique : formules pour l'emploi de la spigélie, du chénopode et de l'huile d'olive.

Le docteur Green publie, dans le journal *The American medical Monthly*, une série de formules empruntées à la pratique des médecins les plus célèbres de l'Amérique. Nous trouvons dans le numéro de mars 1858 celles de deux agents vermifuges dont nous avons, dans le temps, signalé les résultats des quelques essais tentés dans les hôpitaux de Paris. Pour ceux qui voudraient reprendre l'étude de ces substances, nous croyons devoir reproduire ici le mode d'administration employé en Amérique.

Pour la spigélie de Maryland, un des vermifuges les plus puissants et les plus sûrs, on prépare une infusion avec :

Pr.	Spigelia marylandica	15 grammes.
	Eau bouillante	500 grammes.

On fait macérer une heure, on filtre, et l'on donne une cuillerée à bouche du liquide, de trois en trois, ou de quatre en quatre heures. Il est avantageux d'en faire précéder l'administration d'une dose purgative de calomel donnée la veille ; après la dernière dose du vermifuge, on purge avec l'huile de ricin.

Quelquefois, on associe à ce vermifuge un purgatif, par exemple :

Pr.	Spigelia marylandica	15 grammes.
	Follicules de séné	12 grammes.
	Semences d'anis	4 grammes.
	Eau bouillante	500 grammes.

Faites macérer pendant une heure.

A prendre deux cuillerées toutes les trois heures.

Au semen-contra on substitue généralement, en Amérique, le *chenopodium anthelminthicum*. On le prescrit surtout contre les lombrics. Son huile est d'un usage très-répandu dans les dispensaires de New-York ; voici la formule la plus usuelle :

Pr.	Huile de chénopode	10 gouttes.
	Sirop simple	30 grammes.

On fait prendre trois cuillerées à café de ce sirop deux ou trois jours de suite, après quoi on donne un purgatif.

Dans les cas d'oxyures vermiculaires, M. Green a souvent employé avec succès l'huile d'olive en lavements. Ces lavements sont de 150 à 200 grammes pour un adulte ; pour les enfants en bas âge,

la dose est de 60 grammes; l'injection doit être conservée aussi longtemps que possible.

Sophistication du valérianate de fer.

Les valérianates ont souvent été falsifiés; et, en général, ces falsifications consistent dans le mélange d'un sel avec une certaine quantité d'huile essentielle de valériane. Nous avons fait connaître en 1850 (t. XXXVIII, p. 46) les caractères qui distinguent les uns des autres les vrais et les faux valérianates. Nous n'y reviendrons pas, nos lecteurs pouvant au besoin consulter l'article qui vient d'être rappelé. Nous avons aujourd'hui à signaler l'existence dans le commerce d'une adultération de ce genre portant sur le valérianate de fer, laquelle a été reconnue dernièrement par M. Antonin Monnerat fils, pharmacien à Estavayer-le-Lac (canton de Fribourg).

Sans entrer dans le détail de toutes les opérations qu'il a faites pour arriver à s'assurer de cette fraude coupable, M. Monnerat s'est borné à rappeler les moyens les plus simples et les plus faciles à l'aide desquels elle peut être constatée par tout le monde. Ses soupçons sur la pureté du produit qui lui avait été livré ayant été éveillés par sa coloration plus foncée qu'elle ne l'est d'ordinaire, il le soumit à l'analyse et trouva que ce corps était insoluble dans l'alcool et dans l'éther et que, traité par l'eau bouillante, il donnait après refroidissement, outre un dépôt de sous-carbonate de peroxyde de fer, une quantité considérable d'huile essentielle de valériane surnageant le liquide. Or, le véritable valérianate de fer est insoluble dans l'eau, entièrement soluble, au contraire, dans l'alcool. Ajoutons qu'à côté de ces caractères si aisés à reconnaître, il en est un autre d'une constatation aussi facile, et qui est tiré d'une propriété organoleptique propre à tous ces sels : c'est leur odeur acide, désagréable, persistante, bien différente de l'odeur pénétrante de valériane qu'affectent les faux valérianates formés par l'addition de l'huile essentielle de cette plante.

Pour que le médecin puisse se faire une idée exacte de la valeur d'une substance médicamenteuse, des ressources qu'elle lui offre dans le traitement des maladies, et pour qu'il puisse l'employer avec confiance, il faut que cette substance soit de bonne qualité, toujours pure et identique à elle-même. M. Monnerat a donc rendu un service à la pratique, en signalant de nouveau la sophistication d'un médicament qui est assez souvent employé contre les accidents nerveux dont s'accompagne la chlorose.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Sur les instillations d'une solution tiède et assez concentrée de chlorate de soude dans la trachée des enfants affectés de croup. — Indications de l'emploi de ce moyen.

Le succès, en médecine pratique, repose quelquefois sur la mise en œuvre de moyens qui paraissent des plus infimes ; vous le savez mieux que personne, mon cher confrère, aussi n'avez-vous pas hésité, dans le Bulletin des hôpitaux de votre numéro du 15 mars (page 230), à signaler les essais d'instillations dans la trachée dont vous avez été témoin dans mon service. Voulant sauvegarder l'avenir, vous avez cru devoir émettre quelques réserves à l'égard de la valeur de ma tentative. Permettez-moi, mon cher confrère, de vous adresser l'extrait suivant de deux communications que je viens de faire à la Société médicale des hôpitaux et qui, tout en faisant appel à l'expérimentation de mes collègues de l'hôpital des Enfants, répondent à quelques-unes des objections, ainsi qu'à quelques-uns des *desiderata* que vous avez exprimés. Voici d'abord à quelle occasion j'ai été conduit à essayer ces instillations :

Depuis deux mois environ, il régnait autour de l'hôpital Sainte-Eugénie une épidémie de croup qui, suivant ou accompagnant l'épidémie actuelle de grippe, a revêtu, peut-être en raison de cette circonstance, des caractères particuliers. Ce croup a été, suivant l'expression heureuse de M. Pidoux, plus catarrhal que diphthéritique, c'est-à-dire que la fausse membrane siégeait de préférence dans les bronches, la trachée et le larynx, et rarement sur le pharynx, presque jamais dans les fosses nasales. La fausse membrane gutturale, petite, peu étendue, n'a jamais revêtu l'apparence gangréneuse, les ganglions cervicaux n'ont été ni gros, ni douloureux; ou, s'ils se sont développés, ce fut toujours d'une manière peu appréciable et nullement inquiétante. Les symptômes généraux d'empoisonnement furent à peu près nuls; deux enfants à peine les présentèrent. Après la trachéotomie, les petits malades mouraient avec les symptômes d'une asphyxie lente; ils succombaient tous, sans exception, et chez la plupart nous trouvions la trachée et les bronches remplies de fausses membranes.

Je me rappelai alors quelques expériences que j'avais tentées, l'année dernière, sur les effets comparés du chlorate de soude et du chlorate de potasse. Ces expériences avaient été faites dans un simple but de curiosité, et nullement avec l'idée de remplacer le sel de potasse par celui de soude. Le premier a une action tellement

décisive dans les cas où il est applicable, et on peut l'administrer si facilement, et à dose suffisante, qu'il n'y a plus lieu de lui chercher un succédané.

Le chlorate de soude est seulement beaucoup plus soluble que celui de potasse, puisqu'il faut environ vingt parties d'eau pour dissoudre une partie de ce dernier sel, tandis que quatre parties d'eau suffisent pour opérer la dissolution d'une partie du premier.

Mes expériences avaient pour but de connaître l'action topique des deux chlorates sur les fausses membranes. J'avais donc pris deux lambeaux pseudo-membraneux de dimensions à peu près égales, et je les avais mis en contact, l'un avec la solution concentrée de chlorate de potasse, l'autre avec la solution concentrée de chlorate de soude. Les fausses membranes se modifièrent peu à peu, elles se ramollirent en perdant leur opacité; leur tissu devint moins serré, puis transparent, puis comme diffluent, et sa forme membraneuse disparut sans qu'il perdît toute cohésion. Cependant, si j'ai bon souvenir, la dissolution ne fut jamais complète.

Les choses se passèrent de la même manière dans les deux solutions, à une seule différence près, c'est que les changements commencèrent beaucoup plus tard dans le chlorate de potasse que dans le chlorate de soude, et exigèrent un temps beaucoup plus long pour s'accomplir. Mes expériences ne sont pas assez nombreuses ni assez étudiées pour que je puisse indiquer le temps indispensable pour produire la diffluence de la fausse membrane; mais je puis affirmer que la différence du temps nécessaire à l'action des deux sels est notable. D'ailleurs, la même membrane, mise dans l'eau simple, conserve son apparence naturelle pendant bien des jours. J'avais fait aussi des essais semblables sur le mucus sorti de la canule après la trachéotomie, mais je n'avais remarqué aucune différence entre l'action de l'eau pure et celle de la solution de l'un ou de l'autre chlorate.

Me rappelant donc ces expériences, je pensai à utiliser dans l'épidémie actuelle les enseignements que j'en avait tirés, et j'essayai d'instiller dans la canule une solution tiède de chlorate de soude. Je n'espérais pas obtenir la diffluence des fausses membranes, mais seulement le ramollissement de leur surface et par suite la destruction plus facile de leurs adhérences et leur rejet plus rapide et plus complet.

Ne sachant pas comment la trachée et les bronches supporteraient l'action directe du chlorate de soude, je commençai par la solution de 1 gramme de sel sur 30 d'eau, et j'arrivai prompte-

ment à mettre 3 et 4 grammes dans la solution, que l'on versait dans la canule fréquemment et en très-petite quantité à la fois, quelques gouttes à peine.

Les résultats furent très-encourageants : lorsque je commençai cet essai, tous les malades antérieurement traités avaient succombé. Dans ce moment j'avais en traitement sept enfants, trachéotomisés à un ou deux jours d'intervalle. Peu de jours après le début de mes essais, quatre de ces enfants étaient en voie de guérison, trois de ceux-là guérirent ; le quatrième mourut beaucoup plus tard chez ses parents et lorsque son état avait été jugé assez bon pour le faire sortir de l'hôpital.

Je ne veux pas exagérer, et je ne viens pas vous dire que ces enfants ont dû leur salut aux instillations de chlorate de soude. Je dis seulement que le résultat était encourageant, il témoignait de l'innocuité de l'instillation ; j'ajoute que l'étude de ces faits semble prouver son utilité.

On peut penser, et l'on a objecté, en effet, qu'il y a une grande différence entre le séjour continu d'une fausse membrane dans une solution de chlorate de soude et l'instillation de quelques gouttes de ce liquide promptement rejeté par la toux.

Voici cependant sur quoi je me fonde pour croire, jusqu'à preuve du contraire, que cette action, quelque passagère qu'elle soit, quelque minime qu'elle paraisse, est cependant réelle.

La religieuse attachée à mon service, laquelle est aussi intelligente que dévouée aux malades, s'est chargée de faire les instillations répétées, et elle n'a pas tardé à remarquer qu'après un certain nombre de ces instillations, l'expectoration devenait plus facile et s'accompagnait, en général, du rejet d'un certain nombre de fragments pseudo-membraneux. Entre autres exemples, voici comment les choses se passèrent chez l'un de nos malades.

Chez cet enfant, opéré depuis plusieurs jours, la plaie s'était agrandie par suite d'un phlegmon survenu à son pourtour, et les yeux plongeaient facilement jusqu'à la trachée. Une fausse membrane jaune et continue s'étalait depuis l'orifice externe jusqu'aussi loin que la vue pouvait s'étendre, formant un tube qui devait se mouler sur la canule lorsqu'elle était en place. Les cautérisations par le nitrate d'argent ne détruisaient pas la fausse membrane. Le bruit que faisait l'air en traversant la canule était sec, et coupé de temps en temps par une sorte de claquement sec aussi, aucune expectoration n'avait lieu. Les instillations, fréquemment répétées (environ de quart d'heure en quart d'heure), déterminaient chaque

fois une quinte de toux. Au bout d'une à deux heures environ, une quinte plus violente fut suivie d'un terrible accès de suffocation. La religieuse se hâta d'ôter la canule, et l'interne de service vint et enleva sur-le-champ une fausse membrane qui se présentait à l'orifice. Elle était largement tubulée et ramifiée à sa partie inférieure, c'est-à-dire qu'elle avait rempli la trachée en descendant jusque dans les bronches. Une amélioration notable suivit et ne fut plus entravée.

Autre objection : les instillations étant suivies d'une quinte de toux et du rejet d'une partie du liquide mêlé de mucus et de fausses membranes, je me suis demandé si les simples secousses causées par l'introduction de l'eau tiède ne suffisaient pas pour rompre les adhérences de la fausse membrane, et pour faciliter ainsi sa sortie.

Pour m'en assurer, je résolus de faire faire des instillations avec de l'eau tiède. Une petite malade se présenta bientôt avec les conditions utiles pour faire l'expérience ; c'est-à-dire qu'après l'opération le bruit produit par l'entrée de l'air dans la canule était d'une grande sécheresse, et qu'aucune évacuation de mucus ou de fausses membranes n'avait lieu. On fit des instillations très-fréquentes avec l'eau tiède pendant six heures de suite ; et, malgré la toux qu'elles déterminaient, aucun autre liquide que l'eau instillée ne fut évacué. Alors la religieuse, voyant la suffocation augmenter, n'eut pas le courage de continuer plus longtemps l'expérience et remplaça l'eau par la solution de chlorate de soude. L'instillation fut faite comme précédemment, tous les quarts d'heure ; et, au bout d'une heure environ, un débris de fausse membrane fut évacué ; puis d'autres, en grand nombre, jusqu'au lendemain. La suffocation diminua d'autant, et comme il ne se fit pas de nouvelles exsudations, la petite malade guérit très-rapidement. Le quatrième jour nous pûmes enlever la canule.

En vous soumettant ces faits, je ne les regarde pas comme assez nombreux ni assez étudiés pour entraîner la conviction. Je crois seulement qu'ils sont encourageants, et je serais content s'ils pouvaient engager mes collègues de l'hôpital des Enfants à essayer des instillations de la solution de chlorate de soude.

Depuis cette première communication, j'ai mis sous les yeux des membres de la Société des fausses membranes qui avaient séjourné seulement huit heures dans des solutions des deux sels, et ils ont pu se convaincre que, tandis que le produit pathologique n'avait subi aucune modification chimique par suite de son contact avec le chlorate de potasse, la diffluence était complète pour les fausses membranes

placées dans la solution du chlorate de soude. Cette diffluence avait commencé et s'était complétée, sous mes yeux, en l'espace de trois heures et demie. Je ne prétends pas qu'il en advienne toujours de même. D'ailleurs, je ne crains pas de le répéter, mon but, en pratiquant ces instillations de chlorate de soude dans la trachée, n'a jamais été d'obtenir cette diffluence qu'on observe par le séjour dans les tubes, mais seulement de diminuer le degré d'adhérence des plaques pseudo-membraneuses, assez pour qu'elles puissent se détacher sous l'influence des secousses de la toux et soient ensuite expulsées dans un effort.

Voici les faits qui m'encouragent à croire que ce but peut être quelquefois atteint.

Je vous rappellerai d'abord les deux obsersations que j'ai citées plus haut.

Chez l'un des petits malades, une fausse membrane adhérente et causant la suffocation se détacha et fut rejetée après deux heures environ d'instillations faites tous les quarts d'heure. Cette fausse membrane tapissait la trachée et descendait jusqu'au-dessous de la bifurcation des bronches.

Chez un autre enfant, six heures d'instillations faites avec l'eau tiède n'avaient amené aucun résultat. Après une heure d'instillations avec la solution tiède de chlorate de soude, des parcelles de fausse membrane se détachèrent et furent évacuées, et continuèrent à sortir pendant plusieurs heures avec abondance. (Voir, pour les détails ci-dessus donnés, pages 463 et 464.)

Voici maintenant l'état dans lequel j'ai trouvé la fausse membrane chez trois enfants qui ont succombé, malgré les instillations de la solution chloratée.

Chez une petite fille de vingt et un mois, le croup marche avec une telle rapidité que, trente-six heures après le début du mal, l'asphyxie imminente impose la nécessité d'opérer. Aucune fausse membrane n'est rejetée après l'opération. On instille le chlorate de soude à peu près toutes les heures, et au bout de vingt-quatre heures environ, une petite fausse membrane s'échappe de la canule. Cependant aucune amélioration ne s'ensuivit. Dès le lendemain, l'instillation du liquide déterminait à peine un peu de toux et la sortie d'un liquide aqueux légèrement blanchi, comme la chose se passe lorsqu'on agite dans l'eau une certaine quantité de mucus purulent. D'ailleurs les râles fins indiquaient une bronchite capillaire étendue. La mort survint le quatrième jour après l'opération.

La trachée était tapissée par une fausse membrane peu adhérente, peu tenace et ramollie au point qu'il était presque impossible de la détacher par lambeaux. Cette membrane ne recouvrait pas la muqueuse dans toute son étendue, mais elle formait comme des îlots entre lesquels on voyait la muqueuse à nu, ce qui donnait à la face interne de la trachée une apparence chagrinée.

Dans ce cas, il m'a semblé que la fausse membrane avait été ramollie par sa surface interne, et usée ou détachée par places.

Chez un garçon de trois ans et demi, entré à l'hôpital le quatrième jour après le début du croup, j'employai d'abord la cautérisation du larynx, au moyen du tube du docteur Loiseau. Cette cautérisation fut pratiquée trois fois, dans un intervalle de trente heures, et n'amena aucune amélioration notable. Enfin l'asphyxie devenant imminente, la trachéotomie fut pratiquée et fut suivie du rejet de quelques fausses membranes. On instilla toutes les heures ou toutes les demi-heures quelques gouttes d'une solution de chlorate de soude. Chaque instillation déterminait une petite quinte de toux, suivie de l'expectoration de quelques crachats muqueux, sans fausses membranes. Aucune amélioration n'eut lieu, et l'enfant mourut vingt-quatre heures après l'opération.

A l'autopsie, on trouve une fausse membrane étendue, sans solution de continuité, depuis le haut du larynx jusqu'à la troisième ramification des bronches. Dans le larynx, cette fausse membrane jaune pénètre les ventricules et oblitère le canal aérien ; elle y est adhérente et cependant assez tenace pour être détachée d'une seule pièce.

Dans la trachée, elle forme un tube complet ; mais depuis la partie inférieure du larynx jusqu'à l'origine des bronches, elle est ramollie, presque semi-fluente et, par suite de ce peu de consistance, elle ne peut être détachée que par petits lambeaux.

Dans les bronches, elle reprend sa consistance et oblitère en grande partie les tubes aériens.

Ainsi, chez cet enfant le chlorate de soude paraît avoir ramolli superficiellement la fausse membrane, mais le temps a manqué pour qu'elle pût être détachée et expulsée.

Chez une jeune fille âgée de cinq ans, entrée au troisième jour de la maladie, le traitement ordinaire n'ayant pas enrayé le mal, l'opération est pratiquée le quatrième jour. Au bout d'une heure environ, des fausses membranes sont expulsées spontanément. Deux heures plus tard cette expulsion ayant cessé, on commence les instillations de chlorate de soude, que l'on répète toutes les demi-heures. Une assez grande quantité de fausses membranes sont rejetées pendant environ quatre heures. Puis toute expectoration cesse, et l'enfant meurt asphyxié seize heures après l'opération.

A l'autopsie, nous trouvons le larynx en partie oblitéré par des fausses membranes d'une épaisseur moyenne et se détachant sur quelques points. Au-dessous de l'ouverture faite à la trachée, ce canal ne contient aucun produit fibrineux. Mais à sa partie inférieure, et à l'origine des bronches, existe un amas pseudo-membraneux formant comme un paquet placé à cheval sur la bifurcation des bronches et se prolongeant sans solution de continuité dans les grosses bronches jusqu'à la troisième ramification.

Cet amas, nullement adhérent, semble s'être détaché des parties supérieures et avoir été retenu en bas par sa continuité avec les fausses membranes résistantes qui occupent les bronches.

Les cinq faits que je viens de rapporter suffisent pour démontrer que l'action du chlorate de soude sur les fausses membranes trachéales est, sinon certaine, au moins très-probable. Ils indiquent aussi la diversité des modes de cette action. Je sais bien que, dans l'appréciation de cette action, il faut tenir compte non-seulement de

la qualité dissolvante du liquide, mais encore des propriétés de l'eau seule, et aussi des quintes de toux que le liquide irritant détermine, et qui peuvent aider à détacher les fausses membranes.

Malgré la complexité de cette action, je suis conduit à rapporter en partie ou en totalité à l'action dissolvante elle-même les résultats suivants :

Ainsi, lorsque la fausse membrane, partiellement détachée et flottante, laisse infiltrer quelques gouttes du liquide dissolvant entre sa face externe et la trachée, les adhérences peuvent se rompre et la fausse membrane est rejetée par lambeaux plus ou moins étendus (Obs. II) ; ou bien elle se détache en totalité et est évacuée en un seul morceau, si elle ne se propage pas dans les bronches, ou si les efforts de toux sont assez violents pour que les fausses membranes bronchiques soient rompues ou détachées (Obs. I). Si, au contraire, celles-ci retiennent la fausse membrane de la trachée, elle reste flottante dans ce tube ou s'accumule dans sa partie supérieure (Obs. V).

D'autres fois il semble que la solution agisse sur la face interne de la fausse membrane et l'attaque de dedans en dehors. Alors l'action est beaucoup plus lente ; la membrane reste adhérente à la trachée et est ramollie à sa face interne (Obs. IV) ; puis elle se résout en une sorte de déliquium et disparaît graduellement sans qu'on l'aperçoive pendant la vie (Obs. III).

Je terminerai cette note en posant les indications et les contre-indications de ce moyen. Au début de ces essais, je n'ai pas prétendu que les instillations de chlorate de soude étaient le moyen de guérir tous ou presque tous les enfants opérés. J'ai dit même qu'il s'agissait de l'une des indications les plus restreintes du traitement du croup, après la trachéotomie, et que dans bien des cas il n'y a pas lieu de pratiquer ces instillations.

1° La première indication (il n'est guère besoin de le dire) est l'existence d'une fausse membrane trachéale ou trachéo-bronchique. Si le produit fibrineux siége exclusivement sur la gorge et sur le larynx, ce serait un non-sens que de faire des instillations. Je sais qu'il n'est pas toujours facile de s'assurer de la présence de cette fausse membrane ; mais en supposant qu'il y ait du doute à cet égard, il n'y aurait aucun inconvénient à pratiquer l'instillation. Elle agirait alors, non par le chlorate de soude, mais par l'eau tiède, et servirait à délayer les mucosités trop adhérentes, à provoquer la toux et à favoriser l'expectoration.

2° Quelle que soit la disposition de la fausse membrane, si l'en-

fant présente les symptômes de l'empoisonnement diphthéritique, il n'y a pas lieu d'instiller. Dans ce cas, ce n'est pas la fausse membrane qui tue; on ne doit pas même pratiquer la trachéotomie; à bien plus forte raison l'instillation de chlorate de soude est-elle inutile.

3° Si l'expectoration est facile, si les crachats sortent en abondance, si les fausses membranes se détachent facilement et sont rejetées, pour ainsi dire, à mesure qu'elles se produisent, comme dans le fait cité par M. Sée, il est inutile de faire des instillations.

4° Ainsi, l'indication n'existe que dans les cas où, après l'opération, la fausse membrane trachéale ou trachéo-bronchique est difficilement rejetée et menace de produire l'asphyxie. Je sais que les symptômes qui démontrent l'existence de cette indication ne sont pas absolument certains. Ceux qui me dirigent, jusqu'à présent, sont : le bruit sec et strident, ou bien une sorte de claquement sec que produit le passage de l'air dans la canule et la trachée, l'obscurité du murmure respiratoire, l'absence ou la rareté de l'expectoration muqueuse et pseudo-membraneuse, la persistance ou au moins l'atténuation insuffisante de l'asphyxie graduelle qui existait avant l'opération.

L'indication étant bien établie, l'instillation doit-elle *nécessairement* amener la guérison? Il n'en est certes rien. Les faits que je viens de citer en sont la preuve. Le chlorate de soude peut aider l'enfant à se débarrasser de l'obstacle qui s'oppose actuellement à l'entrée de l'air; il ne peut pas davantage. Après la trachéotomie, la vie dépend de trop de circonstances différentes pour qu'on puisse espérer de la sauver par un moyen unique et doué d'une action aussi spéciale que l'est celle du chlorate de soude. C'est donc seulement dans les limites que je viens d'indiquer que je suppose que l'instillation de la solution de chlorate de soude peut être un adjuvant utile après la trachéotomie, et que j'engage mes confrères à en faire l'essai.

E. Barthez,
Médecin de l'hôpital Sainte-Eugénie.

BIBLIOGRAPHIE.

Leçons sur le chancre, professées par le docteur Ricord, chirurgien de l'hôpital du Midi, membre de l'Académie impériale de médecine, de la Société de chirurgie, etc., etc. ; rédigées et publiées par Alfred Fournier, interne de l'hôpital du Midi ; suivies de notes et pièces justificatives.

En parlant, l'an dernier, de l'ouvrage de M. Diday, sur la syphilis infantile, et surtout du traité de la syphilis de Vidal, nous avons

laissé pressentir, plutôt encore que nous n'avons explicitement affirmé, que la doctrine trop correcte de l'illustre chirurgien de l'hôpital du Midi nous paraissait compromise sur quelques points; puis, nous nous permîmes d'émettre ce vœu, que les questions sur lesquelles des doutes sérieux commençaient à s'élever dans les meilleurs esprits fussent remises à l'étude et examinées de nouveau, dans l'intérêt unique de la vérité. Nous ne dirons pas que notre appel a été entendu : Dieu nous garde d'une telle prétention! nous nous contenterons de constater que, depuis cette époque, divers travaux, conçus et exécutés sous l'inspiration évidente de l'école du Midi, se sont produits dans la science. Qu'on nous permette de féliciter tout d'abord M. Ricord et ses élèves dévoués de cette généreuse ardeur de travail qui, dût-elle échouer dans la rude besogne qu'elle n'a pas craint d'entreprendre, ne peut que leur faire le plus grand honneur : *horæ transeunt, et imputantur*. C'est pour concourir, autant qu'il est en lui, à cette œuvre laborieuse, que M. Fournier publie l'ouvrage dont le titre est en tête de cette notice. Intimement convaincu que son illustre maître, M. Ricord, est dans la vérité, ce jeune médecin a pensé que le meilleur moyen de faire partager ses convictions, c'était de soumettre au jugement du public médical l'enseignement original où il a lui-même puisé sa foi. A reproduire ainsi les leçons du chirurgien de l'hôpital du Midi sur le chancre, il n'y avait pas seulement l'avantage d'exprimer, en matière de syphilis, les idées fondamentales du maître sous leur forme la plus accentuée, c'était en même temps une occasion toute naturelle de faire connaître la pensée de M. Ricord sur quelques idées hardies énoncées, en ces derniers temps, par deux des élèves les plus distingués du savant syphiliographe, MM. Clerc et Bassereau. Aussi, dans ces leçons, une large place est-elle faite à la discussion de ces idées, place si large que, pour ne point nous égarer nous-même dans une discussion sans fin, et sans conclusions définitives peut-être, nous nous renfermerons exclusivement ici dans les limites que nous tracent ces questions nouvelles.

Voici, sur ce point, pour arriver de suite à la maîtresse pièce de la chose, comme disait Montaigne, en théorèmes nets, précis, tranchés, la pensée du chef de l'école du Midi : 1° le chancre simple des sujets vierges (vierges de vérole, s'entend) se transmet dans sa forme, c'est-à-dire en tant que chancre simple; 2° le chancre induré se transmet également dans son espèce sur les sujets vierges, c'est-à-dire comme chancre induré; 3° le chancre induré se transmet aux sujets préalablement syphilitiques sous forme d'un chancre à

base molle, analogue d'aspect avec le chancre simple; 4° le chancre à base molle des sujets syphilitiques se transmet, soit comme chancre simple, soit comme chancre induré. Il semble probable, enfin, que la forme sous laquelle le chancre se reproduit dépend de la nature même de son origine, c'est-à-dire du chancre qui lui sert d'ascendant.

Nous avons dit précédemment que ce sont MM. Clerc et Bassereau qui ont surtout introduit récemment dans la science la question de la dualité du virus syphilitique, qu'impliquent les propositions que nous venons de formuler. Quel que soit l'avenir de cette idée, il faut cependant reconnaître tout d'abord que si M. Ricord ne l'a jamais formellement exprimée, il en a au moins très-heureusement préparé l'avénement, en étudiant mieux qu'on ne l'avait fait avant lui les deux formes types qu'affectent les chancres, et en établissant entre ces deux formes une distinction qui serait réelle symptomatologiquement, quand elle ne le serait plus d'une manière aussi absolue qu'il le pense, au point de vue séméiotique. Quoi qu'il en soit à cet égard, on ne peut disconvenir que les faits assez nombreux rassemblés par M. Ricord pour établir cette loi généalogique des deux formes de chancres, ne soient très-remarquables, et n'appellent sérieusement l'attention des hommes impartiaux sur leur signification pathogénique. Cependant, lorsqu'on étudie attentivement la question, ou plutôt les questions nombreuses qui se posent à propos de ces faits, on ne peut s'empêcher de craindre que les élèves de M. Ricord, moins circonspects que lui, ne l'aient entraîné un peu au delà du point où, livré à lui-même, il se serait peut-être arrêté. Nous aurions beaucoup de choses à dire sur cette nouvelle face par laquelle se présente aujourd'hui l'école du Midi; mais comme force nous est de nous borner, nous ne présenterons à cet égard, et comme expression de notre réserve, que quelques rapides observations. D'abord, M. Ricord le constate lui-même, rien de plus difficile que de saisir dans leur véritable généalogie, dans leur ascendance vraie, les accidents morbides, sous forme de chancre, dont on veut constater l'origine. Or, de cette difficulté que tout le monde comprend de reste, naît immédiatement une conséquence, c'est que ces faits sont nécessairement peu nombreux; mais alors une conclusion aussi absolue que celle dont il s'agit, dans de telles conditions, est-elle une conclusion bien légitime, et une théorie qui repose sur une base aussi étroite est-elle sûre du lendemain? L'insuffisance des faits, voilà donc pour nous un premier motif de suspendre aujourd'hui encore notre jugement sur ces questions,

dont la portée ne saurait échapper à personne. Mais en pénétrant un peu plus avant dans cette discussion, lucide d'ailleurs comme l'intelligence du maître, nous nous sentons encore plus affermi dans notre réserve. Rappelons-nous en effet les quatre propositions fondamentales, dans lesquelles se résume la pensée de M. Ricord sur la signification séméiotique et pathogénique du chancre ; dans cet enchaînement si régulier, il y a cependant une infraction à la loi, un désordre, c'est que le chancre à base molle des sujets syphilitiques peut indistinctement se transmettre sous cette forme, ou sous la forme indurée, chez les sujets vierges d'infection. Nous disons que c'est là une grave infraction à la loi posée, et qui a une très-grande portée, surtout au point de vue de la doctrine générale de M. Ricord ; il en résulte en effet cette conséquence : le germe, la graine de la vérole peut se rencontrer ailleurs que dans l'ulcération indurée, qu'on prétend être seule capable de transmettre à un organisme sain la contamination syphilitique. Mais ce n'est pas tout : à côté de ce fait, il y en a un autre énorme, et qui donne aussi singulièrement à réfléchir ; ce fait, c'est encore M. Ricord qui l'a le premier signalé, et il s'en étonne aujourd'hui autant que le premier jour : on a compris que nous voulons parler de la singulière, de l'inexplicable immunité de la face, de la tête entière même pour le chancre mou, le chancroïde de M. le docteur Clerc. Que signifie cette mystérieuse immunité ? Le chancre, au moins dans une de ses formes, n'est donc pas partout inoculable : il faut donc, pour que cette inoculation ait lieu soit matériellement, soit artificiellement, tenir compte, non pas seulement de la qualité de la graine, mais du sol, mais du point de l'organisme, du mode de vie peut-être des tissus. De ce fait naît encore une conséquence, que nous n'avons pas à formuler plus nettement ici, et qui heurte quelque peu certains principes absolus de la doctrine de l'école de l'hôpital du Midi.

Plus d'une fois nous avons eu occasion de dire en quelle estime nous tenons les travaux de M. Ricord. Esprit patient, laborieux, sagace, il laissera, quel que soit le dernier mot de la science sur ses théories, un nom dont se souviendront longtemps encore les générations futures. Ce que nous disons là de l'illustre chirurgien de l'hôpital du Midi n'est point chose banale sous notre plume ; nous ne savons pas beaucoup de médecins contemporains, même parmi ceux qui occupent les degrés les plus élevés dans la hiérarchie de la profession, auxquels nous crussions pouvoir nous permettre de tirer un pareil horoscope. Mais plus l'homme nous paraît vraiment grand, et plus nous nous interdisons strictement de mêler à son

éloge vrai l'encens frelaté et malsain d'une niaise flatterie. En signalant à M. Ricord aujourd'hui, comme l'an dernier, les lacunes qui nous apparaissent dans sa doctrine, nous nous proposons bien moins encore de faire naître des doutes dans l'esprit des praticiens, au sujet des principes absolus de cette doctrine, que de stimuler l'activité du laborieux clinicien, et de le pousser en avant. « Dans le recueillement d'une observation nouvelle, dirons-nous au savant médecin du Midi, architecte prudent, vérifiez encore une fois la solidité de votre édifice, examinez cliniquement et une à une toutes les objections qui vous sont faites : si le plus léger doute traverse votre esprit, inscrivez sur l'étiquette : *à revoir;* et de cette étude nouvelle sortira, si vous le voulez, le grand ouvrage que vous devez à la science et à l'humanité, à l'édification duquel il faut que vous consacriez, et non plus à de vaines disputes, le temps, les forces et l'intelligence que vous avez encore à dépenser [1]. » Si, dans l'appréciation de la doctrine générale de M. Ricord, nous apportons plus de réserve que le savant rédacteur en chef de l'Union médicale, nous ne portons pas moins d'intérêt à ce que nous promet encore l'avenir d'un tel esprit, et nous ne pouvions mieux dire que M. Latour, pour exprimer la même espérance.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Cathétérisme *de l'œsophage contre des vomissements rebelles.* A l'occasion d'une observation de rétrécissement de l'œsophage dont le cathétérisme triompha seul et complétement, M. le docteur Chaillou rapporte un fait plein d'intérêt dont il a été témoin dans le cabinet de M. Trousseau, et qui peut fournir aux praticiens une règle de conduite pour des cas analogues. Voici ce fait :

Une jeune femme de la Martinique, la dame P..., souffrait depuis cinq ans d'une intolérance de l'estomac telle que les liquides mêmes étaient souvent rejetés aussitôt après leur ingestion : au début, il y avait eu un peu de difficulté de la déglutition; puis, de l'arrière-gorge, le mal avait semblé descendre en suivant le trajet de l'œsophage ; la malade avait éprouvé des douleurs entre les épaules, et plus tard à l'appendice xyphoïde ; les aliments cheminaient péniblement, et bientôt les vomissements devinrent le phénomène dominant de la maladie. Le café, le chocolat et les potages clairs constituaient toute sa nourriture. Tout aliment de quelque consistance produisait des crampes d'estomac suivies de vomissements. Cette jeune dame maigrissait à vue d'œil. Après avoir vainement tenté l'emploi d'eaux minérales ferrugineuses à la Martinique (où elle habitait alors), elle est venue en France où des soins de toute nature lui ont été prodigués : sangsues, ventouses scarifiées, révulsifs à l'épigastre, eaux et poudres alcalines, sous-nitrate de bismuth, opium, belladone, colombo, charbon de peuplier, etc.; mais toujours avec le même insuccès. Bref, Mme P... était réduite au dernier degré de marasme, lorsqu'elle alla consulter M. Trousseau. L'habile professeur fut d'avis de

(1) Lettres sur la syphilis, introduction par M. Am. Latour, p. xv.

pratiquer le cathétérisme œsophagien. Il effectua, le 19 septembre, la première introduction de la sonde œsophagienne. L'instrument dont il se servit était une longue baleine terminée par un renflement ovoïde en cire à cacheter du diamètre de 1 centimètre. Arrivée à quelques travers de doigt de l'orifice cardiaque, l'extrémité de la sonde butta contre un obstacle; mais une impulsion modérée le fit franchir, et l'on sentit, à la promptitude avec laquelle la sonde s'enfonçait, que la résistance était vaincue et que l'on était dans l'estomac. La douleur qui suivit cette première tentative dura deux heures et se traduisit par une sensation de tiraillements et de brûlure. Rentrée chez elle, la malade prit une tasse de café au lait avec du pain, et le pain passa, ce qui ne s'était pas produit depuis cinq ans.

Le surlendemain, après un jour de repos, nouvelle séance de cathétérisme opéré par la malade elle-même. Il y eut un peu d'hésitation lorsque l'olive de la sonde atteignit le point rétréci de l'œsophage; mais, avec un peu d'aide, on en vint à bout, et la sonde pénétra sans trop de difficulté. La douleur qui suivit ne dura qu'une demi-heure et fut moins vive que la première fois. Une heure après, Mme P... déjeunait avec une côtelette et des pommes de terre; à dîner, elle prenait de la soupe et du poisson; il n'y eut pas un seul vomissement.

Pendant un mois qu'elle est restée à Paris, la malade s'est introduit la baleine une fois chaque jour en grossissant graduellement tous les jours le renflement terminal par l'addition d'une couche légère de cire à cacheter jusqu'à ce que ce renflement eût acquis le volume d'un œuf de merle. Elle marchait d'ailleurs beaucoup, mangeait de tout sans vomir jamais; elle était gaie et engraissait dans des proportions remarquables.

Enfin, le 21 octobre, elle prenait congé de M. Trousseau, ravie, ajoute notre narrateur, de voir qu'avec une baleine de parapluie et un morceau de cire à cacheter on eût pu la guérir d'une maladie qui durait depuis cinq ans, et contre laquelle on avait épuisé vainement toutes les ressources de la pharmacie. Elle dut continuer encore pendant quelques mois à se soumettre au cathétérisme œsophagien, afin de maintenir la guérison et de prévenir la récidive. M. Chaillou a appris depuis que la guérison était parfaite, que tous les aliments passaient à l'envi, sans jamais provoquer de vomissements, et que l'estomac avait si bien pris sa revanche, que cette jeune dame ne craignait plus qu'une seule chose, c'était de voir succéder à sa maigreur un embonpoint excessif.

Au dire de M. Trousseau, les faits de ce genre ne sont pas rares; ce sont des rétrécissements parfaitement semblables à ceux de l'urètre et qu'il convient de traiter de la même manière, c'est-à-dire par la dilatation. (*Revue méd.*, avril 1858.)

Céphalomatome *double disparu spontanément.* On a proposé beaucoup de moyens de traitement contre le céphalomatome, et on a beaucoup discuté sur leur valeur respective. On ne s'est peut-être pas assez demandé quel serait l'effet de l'expectation ou, en d'autres termes, ce que deviendrait, dans le plus grand nombre des cas, le céphalomatome livré à lui-même. Il résulte d'une statistique dressée, il y a déjà un grand nombre d'années, par M. Burchard, que, sur un nombre de 29 cas, il n'y aurait eu que 2 cas de mort causée par la maladie, et 27 guérisons, ce qui ne donne pas lieu, comme on le voit, à un pronostic très-grave. Quoi qu'il en soit, il est certain que, dans quelques circonstances, le céphalomatome se résout très-bien spontanément sans le concours d'aucun moyen de traitement. C'est ce qui a eu lieu dans le fait suivant, emprunté à un journal anglais et dans lequel il s'agissait d'un céphalomatome double.

Une femme de trente ans, vigoureuse et bien portante habituellement, est accouchée, le 4 juin 1857, de son troisième enfant. La délivrance a été très-prompte et naturelle. L'enfant portait sur le sommet de la tête deux tumeurs molles élastiques et présentant une sorte de fluctuation. Ces tumeurs étaient situées chacune d'un côté de la tête : celle du côté gauche était la plus volumineuse, grosse comme un œuf de poule; elles étaient indépendantes l'une de l'autre; la pression n'y était nullement douloureuse et n'empêchait pas l'enfant de teter; la santé générale était bonne. Les tumeurs ne s'étaient pas développées depuis la naissance : elles semblaient entourées à leur base d'une couronne osseuse, comme si elles eussent été déposées dans une dépression de l'os. Le 3 juillet, on les trouva un peu ramollies; quelques jours après, celle du côté droit commença à diminuer un

peu de volume et, le 13 juillet, elle avait complétement disparu, sans laisser la moindre trace qui pût indiquer la place qu'elle occupait. Vers la même époque, la tumeur du côté gauche commença à diminuer de volume et à prendre un peu de consistance; trois semaines après, elle avait complétement disparu. La disparition, spontanée dans les deux cas, sans que l'on employât aucun traitement, s'est faite en trente-neuf jours pour la première tumeur, et en soixante jours pour la seconde. (*The Lancet* et *Union méd.*, avril 1858.)

Chlorate de potasse. *Ses bons effets dans le traitement des ulcérations de l'arrière gorge chez les syphilitiques.* L'expérimentation de la spécificité d'action de ce sel se poursuit avec une grande ardeur, même à l'étranger. Ainsi, dans une communication récente à l'Académie florentine, nous voyons M. Galligo venir confirmer de sa vaste expérience la propriété qu'a le chlorate de guérir, et même de prévenir le ptyalisme mercuriel, de même que son action curative dans la stomatite ulcéro-membraneuse des enfants. Mais le point le plus intéressant de l'étude du savant médecin de Florence nous paraît être dans les bons effets qu'il a obtenus de l'administration du chlorate de potasse contre les ulcérations de l'arrière-gorge, chez les sujets affectés de syphilis constitutionnelle, ulcérations que la pratique démontre être une des manifestations les plus réfractaires à l'usage interne des préparations mercurielles et qui sont le résultat de l'exulcération des tubercules muqueux de l'arrière-gorge. (*Il Tempo* et *Gaz. méd. de Lyon*, mai.)

Electricité (*Observations témoignant des bons effets de l') dans le traitement de l'hypertrophie ganglionnaire.* Parmi les nombreuses applications de l'électricité thérapeutique, nous avons déjà eu l'occasion de signaler les avantages qu'on a retirés de ce puissant moyen dans le traitement des hypertrophies ganglionnaires. Voici quelques faits nouveaux... nouveaux, non, car ils sont assez anciens pour qu'on ait pu constater longtemps après la persistance de la guérison; voici, disons-nous, quelques faits empruntés à la pratique de M. Demarquay, et qui démontrent l'utilité de ce mode de traitement.

Obs. I. M. B..., âgé de dix-huit ans, d'un tempérament lymphatique, porte un long chapelet ganglionnaire étendu de l'apophyse mastoïde à la clavicule. Lorsque ce jeune homme est arrivé à Paris, il avait déjà fait usage de toutes les préparations iodées et ferrugineuses. La tumeur mastoïdienne, plus volumineuse que les autres, présentait à son centre un point fistuleux qui laissait suinter une suppuration séreuse de mauvaise nature; elle avait le volume d'un œuf de poule. Il existait aux régions sous-maxillaire et sus-claviculaire deux tumeurs à peu près semblables. Ces trois engorgements furent simultanément attaqués, au moyen de quatre aiguilles, enfoncées de telle façon que les pointes se trouvassent vis-à-vis les unes des autres et presque en contact. Les séances ont été répétées chaque jour; et peu après le début du traitement, la masse supérieure, qui offrait une fistule, était sensiblement réduite. Des injections de teinture d'iode amenèrent promptement l'oblitération du trajet, et la guérison fut rapide. Les deux autres tumeurs s'enflammèrent, se ramollirent et suppurèrent. Il fallut les ouvrir. L'usage topique de la teinture d'iode acheva la guérison, qui fut complète dans l'espace de quelques semaines.

Dans les deux cas suivants, le traitement par la faradisation fut appliqué par M. Demarquay à deux malades auxquels un long traitement par les moyens internes et les topiques en usage n'avait procuré qu'une amélioration insuffisante

Obs. II. Le premier de ces deux malades était un jeune homme de seize ans, portant dans la région sous-maxillaire une masse ganglionnaire volumineuse, couchée sur la carotide à sa bifurcation. La galvano-puncture fut employée avec le plus grand succès. Après chaque séance, la tumeur était badigeonnée avec la teinture d'iode et, au bout de quelques semaines de ce traitement, la résolution était complète.

Obs. III. La deuxième observation est celle d'une jeune femme de vingt-deux ans, portant une masse ganglionnaire énorme, étendue du pavillon de l'oreille, en dehors et en dedans du muscle sterno-mastoïdien, jusqu'au milieu de la région cervicale. M. Blache, après avoir épuisé toutes les préparations fondantes, fut d'avis, avec M. Demarquay, d'avoir recours à l'électro-magnétisme. Les conducteurs, armés d'éponges mouillées, furent mis en contact avec la tumeur, et les séances prolongées pendant quelques mi-

nuées seulement. L'usage de ce traitement, continué pendant plusieurs semaines, amena un changement tel dans les parties, qu'il parut suffisant, pour arriver à la guérison complète, d'envoyer la malade passer une saison aux Pyrénées. La résolution a été aussi rapide que parfaite. Il ne reste plus rien de la difformité dont cette jeune femme était atteinte.

Lorsqu'un ganglion se trouve en rapport avec le courant électrique, dit M. Demarquay, il se passe deux phénomènes bien distincts chez les différents individus soumis à son action. Chez les uns, la diminution de la tumeur est lente quoique évidente. Après chaque séance chez les autres, au contraire, elle est si rapide qu'il est presque possible de dire en combien de jours la disparition sera complète.

A côté de ces exemples de résolution, et principalement dans les cas de tumeurs volumineuses, après quelques jours de traitement, on constate un point fluctuant, et si l'on évacue le liquide au moyen d'un trocart fin ou d'un bistouri à lame très-étroite, on peut s'assurer que, vingt quatre ou trente-six heures après, il s'est produit, et le plus souvent dans un point assez éloigné du foyer précédemment évacué, un nouveau foyer. La tumeur, pendant le temps que dure le traitement, devient le siége d'une série de points successivement ramollis, qui ont sa disparition pour résultat. L'électricité, dans ce cas, détermine un travail inflammatoire partiel, qui amène en quelque sorte la fonte de la matière ganglionnaire contenue dans chaque loge, et bientôt il ne reste plus du ganglion que sa membrane d'enveloppe. En vidant les foyers à mesure qu'ils se forment, avec un instrument très-fin, on obtient cet avantage qu'on évite l'amincissement de la peau et sa perforation. On n'a donc point à redouter les cicatrices indélébiles qui suivent si souvent la guérison des engorgements lymphatiques. (*Gazette des Hôpitaux*, avril 1858.)

Huile d'olive. *Son action résolutive dans les entorses et les contusions récentes*. L'huile d'olive, préconisée par Odier, de Genève, contre la brûlure, aurait aussi, d'après ce médecin, des propriétés résolutives dont on n'a peut-être pas assez songé à tirer parti. M. le docteur Aubrun, suivant les indications d'Odier, emploie depuis plusieurs années l'huile d'olive dans toutes les contusions ou entorses, avec ou sans épanchements sanguins, et il assure que ce moyen simple lui a réussi constamment, pour faire disparaître, en vingt-quatre heures, les ecchymoses et les épanchements sanguins ou autres, qui accompagnent ou suivent les contusions ou les entorses.

Voici de quelle manière il l'emploie en pareil cas.

On fait une onction avec l'huile d'olive sur toute la partie qui est le siége du gonflement : on recouvre de ouate, arrosée elle-même d'huile, toute la partie malade ; on enveloppe le tout de taffetas gommé, et l'on abandonne le membre au repos pendant vingt-quatre heures. Si, après ce temps, l'ecchymose n'a pas entièrement disparu, s'il reste encore du gonflement, on renouvelle le pansement de la veille.

S'il s'agit de la tête, de la face, où les applications de ouate seraient difficiles ou incommodes, on s'en dispense en couvrant d'une couche d'huile, appliquée avec un pinceau, toute la partie contuse, et en réitérant cette application chaque fois que l'huile commence à sécher. Ce traitement, d'un usage facile chez les enfants, réussit dans toutes les contusions, surtout quand elles sont récentes.

La présence d'une plaie, qui est souvent un obstacle à l'application des autres résolutifs, n'en est pas un à l'emploi de l'huile d'olive. La plaie se dessèche sous son influence, et il se forme à sa surface une croûte qui tombera bientôt.

Toutes les huiles, médicinales ou autres, n'ont pas, à l'égal de l'huile d'olive, les propriétés résolutives constatées dans celle-ci. Ainsi l'huile d'amandes douces, le baume tranquille, etc., n'ont pas cette action au même degré ; et l'on ne voit pas, sous leur influence, disparaître le gonflement et les ecchymoses comme avec les onctions d'huile d'olive.

Les cas divers où ce moyen si simple a été employé sont d'abord les entorses du pied ou du poignet, avec ou sans écorchures, datant de quelques heures, le plus souvent, mais quelquefois remontant déjà à deux jours. Il y en a eu dans lesquelles l'ecchymose avait envahi la totalité du membre, et vingt-quatre heures ont suffi pour amener la résolution complète de cet épanchement sanguin. La même résolution a été obtenue dans un cas d'hydarthrose du genou, suite d'une chute. Le même moyen a encore été employé dans les contusions de la face et les bosses au front ou à la tête, dont la résolution

se fait aussi rapidement que sur les articulations, si l'on a soin de réitérer es onctions d'huile chaque fois que la peau commence à se sécher. (*Rev. de Thér. méd.-chir.*, mai 1858.)

Hypertrophie de la rate. *Traitement par les moxas.* Sachant l'emploi que les médecins indigènes des Indes Orientales font du cautère actuel, dans les cas d'hypertrophie de la rate, le docteur Wolf, de Berlin, a voulu essayer dans cette circonstance de la révulsion par les moxas. Bien que ce moyen ne soit pas nouveau, il n'y en aurait pas moins de l'intérêt à constater les résultats qu'en a obtenus M. Wolf. Nous ne trouvons malheureusement dans le journal que nous avons sous les yeux qu'un seul fait. Nous le reproduisons sous toutes réserves.

Un garçon cordonnier, atteint au mois de décembre 1853 de fièvre intermittente, en fut rapidement délivré (on ne dit pas par quel moyen). Il en souffrit de nouveau en mars 1854 et s'aperçut pour la première fois, à cette époque, d'un développement remarquable de la rate. Cet état ayant persisté, il entra à l'hôpital en mai 1856 pour s'en faire traiter. Il assure ne s'être plus ressenti des fièvres intermittentes; seulement, depuis quatre semaines, il a remarqué que sa rate a encore considérablement augmenté de volume. Cet organe s'étendait jusqu'à la ligne blanche, descendait au-dessous du nombril et s'élevait jusqu'à la septième côte. La consistance en était dure; le toucher n'y faisait reconnaître que peu de sensibilité.

Vers le milieu du mois de juin, en même temps que de la fièvre, il se manifesta de la douleur dans la tumeur, qui prit en peu de temps un tel développement, qu'au bout de quelques jours elle avait dépassé la ligne blanche de deux pouces. Il y avait tendance à la syncope, vomissements et soif considérable. Au moyen d'un traitement antiphlogistique, sangsues, ventouses, etc., la douleur fut surmontée, et la tumeur rentra dans ses anciennes limites.

Vers le 15 août, un moxa fut appliqué sur la région de la rate. Pendant les huit premiers jours de la suppuration, le dégonflement fut extraordinaire; seulement, après ce temps, le résultat ne fut plus aussi marqué et le malade, qui redoutait l'application d'un nouveau moxa, abandonna l'hôpital vers la fin du mois de septembre.

Deux mois après, il rentra à l'hôpital, assez bien portant d'ailleurs, mais se plaignant du poids incommode et de la gêne que lui faisait éprouver la rate hypertrophiée. Elle dépassait d'un pouce la ligne blanche, se montrait à plus d'un pouce au-dessous du niveau du nombril, de manière à toucher la crête iliaque de ce côté, et soulevait fortement le diaphragme dont elle gênait les mouvements.

Un deuxième moxa fut appliqué et la suppuration fut entretenue. Le résultat fut tellement satisfaisant que, vers la fin de janvier, environ au bout de six semaines, l'ulcère menaçant de se fermer, le malade vint spontanément demander la réapplication du remède. Au commencement de février on posa un troisième moxa. Le 24 mars, la rate se trouvait dans les rapports suivants : par son extrémité antérieure elle était éloignée de plus d'un pouce de la ligne blanche ; son bord inférieur qui, comme on l'a dit plus haut, touchait à la crête iliaque, ne dépassait plus que de peu le rebord des fausses côtes, et, au moyen de la percussion, on pouvait s'assurer que la hauteur en était considérablement diminuée. La tumeur qui, au début, était dure et résistante, se présentait maintenant molle et dépressible ; et, ce qui eût été impossible un mois auparavant, elle pouvait être facilement déplacée dans différents sens, sans éveiller aucune douleur. (*Presse méd. belge*, avril 1858.)

Paralysie *suite d'apoplexie cérébrale. — Bons effets de l'adjonction du seigle ergoté aux moyens ordinaires.* Les bons effets du seigle ergoté dans certains cas de paraplégie ont été signalés depuis longtemps, d'abord par Barbier (d'Amiens), puis plus tard par M. Pétrequin (de Lyon), et par M. Payan (d'Aix). Plus récemment enfin, en 1851, M. le docteur Girard, de Marseille, a publié dans le *Bulletin* trois observations très-intéressantes de paraplégies guéries par l'emploi de cet agent. Mais jusque-là, ce n'est que dans la *paraplégie* spinale exclusivement qu'on a constaté l'efficacité du seigle ergoté. M. Girard ajoutait même dans le travail que nous venons de citer (voir *Bulletin de Thérapeutique*, t. XLI, p. 199), que l'ayant employé dans les paralysies suite d'affections cérébrales, il n'en avait retiré aucun résultat.

Cependant M. le docteur Laforêt (de Lavit) vient de publier, dans le *Journal de médecine* de Toulouse,

quelques observations de paralysie suite d'apoplexie cérébrale, dans lesquelles l'adjonction du seigle ergoté aux moyens usités en pareil cas aurait, suivant lui, produit d'heureux effets. Voici le résumé de ces observations.

Obs. I. Un manouvrier âgé d'environ quarante ans, à la suite de quelques vertiges et d'aberration dans les idées, tomba, le 3 novembre, paralysé de tout le côté droit d'abord, puis successivement du côté gauche, mais à un moindre degré, avec conservation de la sensibilité dans les membres, chute de la commissure droite des lèvres, un peu de gêne dans les mouvements de la langue, face animée, céphalalgie frontale, pouls plein mais peu accéléré (saignée du pied copieuse, sinapismes aux extrémités inférieures, vingt sangsues à la base du crâne, tilleul et oranger, trois bouillons).

Le lendemain, 4 novembre, la céphalalgie est moindre, mais le malade est très-agité (sangsues à l'anus, sinapismes, frictions trois fois par jour sur les membres et le rachis avec la teinture antispasmodique de Chrestien).

Le 5, nuit meilleure (eau de Sedlitz, purgation copieuse).

Le 7, l'agitation a diminué (deux pilules d'Anderson).

Le 9, la céphalalgie paraît reprendre plus d'intensité (vésicatoires aux jambes).

Le 12, l'abolition des mouvements est la même ; on fait suppurer les vésicatoires, on suspend les frictions et on prescrit : seigle ergoté à la dose de 50 centigrammes en poudre récente dans cinq ou six cuillerées d'eau sucrée froide. Les jours suivants, on augmente graduellement la dose jusqu'à arriver rapidement à 1 gramme par jour, en suspendant tous les huit jours pour donner un purgatif.

Après un mois de ce traitement, il s'opère une diminution sensible dans l'engourdissement du côté gauche, mais moins prononcée dans le côté droit qui est le plus paralysé. En même temps, il survient des paroxysmes fébriles qui obligent à suspendre le seigle ergoté et à administrer le sulfate de quinine.

Ces paroxysmes fébriles calmés, on revient au seigle ergoté. Vers le quinzième jour de son emploi, le malade peut porter le bras gauche à la bouche et déplacer le membre pelvien du même côté. A la fin du mois, le mouvement se rétablissait aussi peu à peu dans le bras droit et la jambe correspondante; la dose était alors de 1 gramme par jour.

A la fin de janvier, le malade pouvait se servir lui-même la soupe. Vers la fin de février, il put se tenir assis sur le lit. Enfin, en continuant le seigle ergoté et le suspendant tous les quinze jours pendant une demi-semaine pour donner un purgatif, le malade put bientôt être levé et se tenir debout, puis marcher avec un bâton, dès les premiers jours du printemps.

Obs. II. Un homme de soixante ans, après un léger repas, éprouve, le 24 janvier, du tournoiement de tête, bredouille et ne peut plus se servir des membres gauches. M. Laforêt, appelé aussitôt, trouve une abolition presque complète du mouvement du côté gauche, avec conservation de la sensibilité ; le malade est pâle, triste; la parole est peu embarrassée et les mouvements de la langue sont libres; le pouls est lent et faible (quinze sangsues à l'anus, sinapismes aux extrémités, potion stibiée).

Le 25, deuxième jour, la tête est plus libre ; l'engourdissement et l'immobilité des membres sont les mêmes (frictions stimulantes, purgatifs, etc.).

Le 27, quatrième jour, on commence l'usage du seigle ergoté à la dose de 50 centigrammes dans un demi-verre d'eau sucrée. On arrive graduellement à en donner 1 gramme par jour, un demi-gramme matin et soir, à jeun et à l'heure habituelle du coucher. A chaque septenaire, le malade est purgé avec deux pilules d'Anderson.

Le 16 février suivant, on suspend l'usage du seigle. Le malade commence à se promener dans sa chambre avec un bâton. Le 26, il fait sa première sortie, et il se sert de son bras paralysé pour les usages de la vie. Ce même jour on reprend le seigle ergoté, 5 décigrammes matin et soir. Le mieux s'accroît de plus en plus.

Obs. III. Il s'agit d'une vieille femme de quatre-vingts ans, qui fut frappée dans l'hiver de 1853 d'hémiplégie droite et de paralysie de la vessie. Après l'emploi de quelques soins simples et d'un bon régime, voyant que la malade paraissait résister, sa paralysie persistant d'ailleurs, M. Laforêt se décida à lui prescrire le seigle ergoté. Au printemps suivant, elle put sortir et uriner à volonté.

L'hiver suivant, retour des mêmes accidents, même médication qui a été suivie du même résultat. Deux ans

C'est un lithotome caché, qui se coude à son extrémité, terminée en pointe, et dont la gaîne est formée de deux branches mobiles l'une sur l'autre par le moyen d'un levier ; une vis sert à fixer d'avance l'étendue dans laquelle la lame de l'instrument doit inciser la trachée. Celle-ci étant mise à nu et fixée de la main gauche, le chirurgien ponctionne le canal à sa partie inférieure, près du sternum. Le manche de l'instrument, tourné du côté de la poitrine, est ensuite relevé perpendiculairement au cou. Ce mouvement fait pénétrer la partie coudée du trachéotome dans le conduit aérien qui, par là, se trouve solidement accroché. La main gauche de l'opérateur saisit alors l'instrument au niveau des articulations des deux leviers, tandis que le pouce de la main droite fait basculer successivement le levier de la lame pour inciser la trachée, et celui de la gaîne pour écarter les deux lèvres de l'incision. Cette manœuvre est si simple que l'opérateur le moins exercé l'exécutera avec facilité, après avoir examiné l'instrument pendant cinq minutes.

— Le *desideratum* auquel M. Marc Sée tente de répondre est trop réel pour que des essais analogues aux siens ne se soient pas produits déjà. Ainsi M. J. Garin, il y a quatorze années, a proposé dans le même but un instrument représentant une pince à disséquer, coudée à son extrémité, tranchante par son bord concave et dont les deux mors s'écartent à volonté par le jeu d'un ressort. (Gaz. méd. de Paris, 1844.) La Gazette médicale de Lyon nous apprend que, depuis lors, le trachéotome dilatateur de M. Garin a été appliqué avec succès sur le vivant.

L'Académie de médecine a procédé, dans sa dernière séance, à la nomination d'un nouvel associé libre. M. Trébuchet, le savant auteur du Traité de jurisprudence médicale et d'un grand nombre de travaux de statistique publiés dans les Annales d'hygiène publique, a été élu à la presque unanimité des suffrages.

La Société médicale allemande vient de poser pour sujet du prix qu'elle décernera en 1860 la question suivante : « Sur le progrès que l'ophthalmologie a fait dans tous les pays depuis l'invention de l'ophthalmoscope. » Les mémoires, rédigés dans une des cinq ou six langues les plus usuelles, devront être adressés au siége de la Société, rue de l'Ecole-de-Médecine, 24, jusqu'au 31 mars 1859.

Les vides qui se sont produits récemment dans l'enseignement de l'Ecole de médecine de Lyon viennent d'être comblés : MM. Gromier et Socquet sont nommés professeurs titulaires, l'un de la chaire de pathologie interne, l'autre de la chaire de matière médicale et de thérapeutique, en remplacement de MM. Sénac et Brachet, décédés. MM. Rambaud et Delore remplacent MM. Gromier et Socquet comme professeurs suppléants.

Parmi les questions mises au concours par la Société de médecine de Lyon, nous signalerons la suivante : « Du ramollissement cérébral à forme chronique. — Insister sur le diagnostic et l'étiologie de cette maladie. — Rechercher si elle est devenue plus commune dans ces dernières années; et, en cas de solution affirmative, faire ressortir les conditions qui peuvent expliquer cette circonstance de son histoire. — Etablir ensuite sa nature et son traitement. » La valeur du prix est de 300 francs. Les mémoires devront être adressés dans les formes académiques ordinaires, avant le 1er octobre 1859, à M. le docteur Diday, secrétaire général de la Société, rue des Célestins, n° 5, à Lyon.

M. Pégot est nommé professeur titulaire de pathologie externe et de médecine opératoire à l'Ecole de médecine de Toulouse; il est remplacé dans ses fonctions de professeur adjoint par M. Noguès.

M. le docteur Fallot, président de l'Académie royale de médecine de Belgique, vient de recevoir de S. M. l'empereur de Russie les insignes de commandeur de l'ordre de Saint-Stanislas.

L'Institut médical de Valence vient de décerner une médaille d'or et le titre de membre associé à M. le docteur Bourguet, chirurgien en chef de l'hôpital de Rodez, pour son mémoire sur la vaccine. L'impression de ce travail a été votée à l'unanimité. C'est un nouveau succès auquel nous applaudissons.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Du traitement de la fièvre typhoïde par le tartre stibié, suivant la méthode italienne.

Depuis que les idées de Broussais, en tant qu'aspirant à donner la théorie de la fièvre typhoïde, ont cessé de régner dans la science, nombreuses ont été les tentatives qui ont été faites pour opposer à cette maladie, grave entre toutes, une thérapeutique efficace. C'était la conséquence logique d'une conception plus large des fièvres continues. Tant qu'on accepta, en ce qui regarde ces fièvres, les idées exclusives du célèbre réformateur, force était bien de se renfermer dans la méthode antiphlogistique; on ne devait se proposer rien de plus, rien de moins, que de combattre le traumatisme interne, dont tous les symptômes de la maladie, quelque divers et changeants qu'ils fussent, n'étaient, ne pouvaient être que l'écho, le rayonnement sympathique. Mais cette erreur une fois dissipée, à la lumière d'une conception plus saine des phénomènes de la maladie, et des enseignements de la tradition sagement interrogée, une heureuse réaction ne tarda pas à se faire dans les esprits, qui conduisit immédiatement à des tentatives thérapeutiques, qu'à l'avance ne condamnait plus une théorie aussi étroite qu'elle était erronée. Cet obstacle à tout progrès ainsi énergiquement brisé, c'est en vain qu'un esprit ardent, quelquefois mieux inspiré, s'efforça de rendre la vie à un système prématurément vieilli; il ne parvint à faire illusion à quelques esprits crédules qu'en soufflant à une statistique fantaisiste le mot que l'expérience rigoureuse s'obstinait à ne pas prononcer. La voie, une voie plus libérale, était ouverte, et tous les esprits indépendants s'y jetèrent avec des fortunes diverses, et aujourd'hui encore elle est parcourue, avec une ardeur que l'insuccès ne décourage pas, par de hardis pionniers. C'est une de ces tentatives nouvelles que nous voudrions apprécier sommairement, et sur laquelle nous voudrions édifier les lecteurs du *Bulletin de Thérapeutique*.

Avant que M. le docteur Renouard, car c'est ce médecin laborieux qui s'est surtout occupé, dans ces derniers temps, du traitement de la fièvre typhoïde par la méthode contro-stimulante, ne posât cette question, le promoteur de cette méthode l'avait déjà, et sur une base très-large, appliquée à cette même maladie. Dès l'année 1800, en effet, dans une épidémie de fièvre typhoïde qui régna à Gênes, Rasori, découragé par l'insuccès des médications

jusque-là mises en usage pour combattre cette maladie, recourut à la méthode à laquelle son nom est resté attaché avec celui de Tommasini. Si l'on en croit ce médecin, enthousiaste comme tout Italien, la maladie, sous l'influence de cette médication nouvelle, se montra beaucoup moins grave, et aboutit moins fréquemment à une terminaison funeste. Comme ce n'est qu'après que la fièvre pétéchiale eut fait ses premières et ses plus nombreuses victimes que le médecin de Gènes opposa sa méthode à cette maladie populaire, nous croyons que la prudence commande de suspendre son jugement sur les résultats qu'il n'hésita point dès lors à proclamer. Mais cette restriction, commandée par la prudence, posée, nous pensons qu'il résulte au moins de cette large et hardie expérience un enseignement, dont Broussais et ses sectateurs aveuglés eussent dû profiter. Cet enseignement, c'est celui-ci. Ce n'est point aux doses timides que nous n'osons presque jamais dépasser, même en face de la pneumonie, que Rasori prescrivit dans cette circonstance le tartre stibié, mais aux doses élevées qui entrent dans l'esprit même de cette médication. Or, quelque jugement qu'on porte sur les résultats auxquels il prétend être arrivé, il est au moins évident, pour tout esprit non prévenu, que rien n'est résulté de cette expérience hardie, téméraire, si vous voulez, qui vienne confirmer l'idée théorique que le traumatisme qu'on observe dans la fièvre typhoïde constitue toute la maladie, soit le foyer d'où part l'incendie au milieu duquel se débat l'organisme. Nous disons que, si les partisans de la doctrine physiologique avaient scruté ces faits, s'ils les avaient analysés profondément, si leurs préoccupations ne les avaient point aveuglés, ils y auraient lu à première vue la condamnation de leur erreur. Comment comprendre, en effet, qu'une maladie, qui ne serait rien de plus qu'une gastro-entérite, se comporterait ainsi vis-à-vis d'une médication, dont des doses, quelquefois énormes, de tartre stibié, constituent la base essentielle? Remarquez bien qu'on ne peut arguer ici de ces doses énormes mêmes, pour se refuser à cette conclusion, car il n'en va point ici comme dans quelques empoisonnements, où la dose même de l'agent toxique sauve les victimes par les vomissements qu'il provoque immédiatement. Dans les faits de Rasori, souvent les vomissements manquent, et tout le tartre stibié traverse l'intestin avec lequel il demeure, pendant un temps plus ou moins long, dans un contact intime. Mais qu'avons-nous besoin, pour montrer l'aveuglement de l'esprit de système, d'invoquer l'expérience du médecin de Gênes, dans l'épidémie dont il nous retrace l'histoire? Est-ce que cet enseignement éloquent, la

tradition de la science ne nous le donne point à chaque pas? Est-ce que les épidémiographes du dix-huitième siècle surtout ne nous avaient pas sur ce point complétement édifiés?

Quoi qu'il en soit à cet égard, c'est cette même médication que s'efforce de remettre en honneur M. le docteur Renouard, et que nous allons apprécier avec une entière indépendance. C'est en se laissant guider par quelques données de physiologie pathologique que notre savant et estimable confrère a été conduit à tenter de réhabiliter dans la pratique la méthode contro-stimulante. Dans son opinion, lorsqu'on recherche, en présence des lésions anatomiques, les causes de la mort dans les deux premiers septénaires de la fièvre typhoïde, hormis le cas de perforation intestinale, cette observation ne les montre pas. Une seule cause apparaît, suivant lui, qui, par son développement progressif, enraye successivement les rouages de l'organisme, et en amène ainsi la lente extinction : ce sont les engorgements viscéraux, et principalement celui que présente si souvent, et à des degrés divers, l'appareil de la respiration. D'après cette vue, c'est à prévenir ces congestions, lentement élaborées, que l'on doit surtout s'appliquer pour prévenir les terminaisons fatales, et c'est précisément le but que l'auteur se propose, en instituant contre cette maladie la méthode dont il s'agit.

Comme déjà M. Renouard n'en est plus sur ce point délicat à la pure spéculation, et qu'il a publié un certain nombre de faits qui lui semblent déposer en faveur de la légitimité de cette conception, disons un mot de ces faits, voyons s'ils prouvent réellement la thèse où ils figurent comme témoins.

De peur que quelques-uns ne viennent à s'égarer sur la foi d'un si honnête guide, nous dirons tout d'abord que M. Renouard est bien loin, dans l'application de sa méthode, de tomber dans les excès assurément dangereux du contro-stimulisme : la modification qu'en France nous avons tous apportée aux formules intempérantes des médecins italiens, dans les maladies qui les appellent le plus légitimement, notre savant confrère s'est fait un scrupule de s'y soumettre rigoureusement dans l'application de cette méthode au traitement de la fièvre typhoïde. C'est ainsi que dans la médecine des adultes il a généralement recours à une potion qui se compose d'ordinaire de 100 grammes d'eau distillée et de 15 ou 20 centigrammes de tartre stibié, et en faveur de laquelle il s'efforce d'assurer la tolérance de l'estomac à l'aide de 25 grammes de sirop diacode, et de 5 grammes d'eau de fleurs d'oranger. Lorsqu'au lieu d'adultes, c'est à des enfants q'il s'adresse, les doses sont encore beaucoup plus abaissées, et ainsi

proportionnées à la réceptivité de l'organisme malade. Ces remarque spréliminaires terminées, analysons sommairement un des faits cités par M. Renouard, pour voir sa méthode en action. Ce fait est le troisième de la première série, rapporté par l'auteur. Il s'agit dans ce cas d'un homme âgé de trente-sept ans, et dont la maladie est d'une intensité moyenne; mais c'est bien évidemment une fièvre typhoïde, on n'en saurait mettre en doute le véritable caractère. Pendant le premier septénaire, le malade est purgé modérément avec de l'eau de Sedlitz d'abord, puis de l'huile de ricin. Cependant la langue est sèche, rugueuse comme celle d'un chat, la soif est toujours vive, peu de sensibilité et de gargouillement dans le ventre, narines pulvérulentes, sueurs alternant avec la sécheresse de la peau, papules rosées, peu saillantes, disséminées en petit nombre sur le thorax, l'épigastre et le dos. La nuit a été très-agitée, il y a eu des hallucinations. Le lendemain de ce jour, le malade est examiné à la fois par M. Renouard et M. le docteur Alexandre Martin : la stupeur est empreinte sur ses traits; les réponses, lentes, sont néanmoins justes; langue sèche, rugueuse, brune au milieu, rouge au bord; gencives gonflées, un peu fuligineuses. Rien de remarquable qu'un peu de météorisme; papules persistantes, odeur de souris très-caractérisée, pouls assez développé, à 92; soubresauts des tendons. En pinçant les muscles, on provoque des ondulations cloniques. C'est à cette période de la maladie que M. Renouard propose et que son confrère accepte la médication contro-stimulante, suivant la mesure que nous avons indiquée. Il en résulte quelques vomissements et des selles liquides qui continuent le lendemain encore; mais peu à peu la stupeur s'efface, le pouls tombe à l'état normal, et le malade peut être nourri.

Il est évident pour nous, en face de ce fait, que la méthode de M. Renouard ne diffère guère de la méthode évacuante, si elle ne s'identifie complétement avec elle. Depuis que Broussais a fait de la muqueuse gastro-intestinale une sorte de *noli me tangere*, et bien que nous soyons singulièrement revenus de la terreur puérile qu'il nous avait plus ou moins inspirée à tous, nous ne manions qu'avec une sorte de timidité les prescriptions antimoniales. Mais ceux qui nous ont précédés dans la carrière n'avaient point de ces terreurs d'enfants qui ont eu un mauvais rêve, et souvent, comme on peut le voir dans les épidémiographes, dont je parlais au commencement de cette note, ils les employaient aux doses mêmes de M. Renouard, sans penser le moins du monde à faire du contro-stimulisme, qui n'était pas encore inventé. « Je ne crois pas, dit quelque part ce

savant praticien, que le tartre stibié soit dans cette circonstance un remède spécifique, ou, pour mieux parler, synthétique, c'est-à-dire, un remède qui, s'attaquant au principe de la maladie, à sa cause première, en prévienne ou en arrête toutes les manifestations, tous les effets. Non. Je présume que la médication stibiée satisfait simplement à une indication des plus importantes : celle de prévenir ou de dissoudre les congestions viscérales, accompagnement inévitable et souvent mortel de la fièvre typhoïde. En arrachant le malade à ce premier danger, on donne le temps aux lésions, moins promptement funestes, de l'intestin et d'autres organes, d'arriver à la guérison qui est leur tendance naturelle. » Parler ainsi, c'est prouver qu'on a parfaitement saisi l'indication la plus urgente qu'il y ait à remplir, dans l'état de la science, vis-à-vis de la fièvre typhoïde. Oui, c'est à faire vivre les malades le plus longtemps possible qu'il faut assurément s'appliquer; mais remplit-on cette indication fondamentale en les soumettant à la méthode contro-stimulante? C'est là la question qu'il s'agit de résoudre.

Il est une maladie dans laquelle des milliers d'expériences ont été faites sur cette médication, c'est la pneumonie. Or, que disent ces expériences? Ce qu'elles disent d'abord, incontestablement, c'est que là où les émissions sanguines ne sont pas applicables, ou ont cessé d'être applicables, cette médication jouit d'une efficacité que nul ne peut révoquer en doute. Mais est-ce véritablement par l'action occulte de la contro-stimulation qu'elle agit? De bons esprits en doutent. Mais alors même que, comme M. Andral, par exemple, on admettrait que cette méthode n'agit dans ce cas que comme méthode expoliatrice, antiphlogistique indirecte, on ne peut nier que, dans ce sens même, quand elle perturbe trop violemment l'organisme, elle n'amène parfois des résultats funestes. Nous ne parlons pas seulement de la stibiation de la muqueuse intestinale, bien que ce soit là un de ses dangers possibles, mais nous entendons surtout parler de ces évacuations excessives que, dans quelques cas, elle détermine, et qui jettent l'économie dans un débilitation dont il est difficile, impossible quelquefois de la relever. S'il en est ainsi dans une maladie, où la muqueuse de l'intestin est en général complétement indemne, que ne peut-on craindre, sous ce rapport, dans les fièvres continues, où cette même muqueuse est presque toujours profondément altérée dans sa constitution intime, où elle est souvent criblée dans une plus ou moins grande étendue de larges ulcérations, ou, à une période moins avancée de son évolution, présente au moins de nombreux îlots enflammés? N'est-il pas à craindre, en cas pareil,

qu'en poursuivant un but au moins fort hypothétique, on ne se heurte tout d'abord à ces lésions, et qu'on ne leur imprime une activité funeste? Suivant les auteurs qui font de la méthode contro-stimulante la thérapeutique essentielle de la fièvre typhoïde, les faits, attentivement interrogés, répondent à cette objection et la réfutent. Nous l'avouons sans hésiter, pour nous, il ne nous semble pas que ce soit là précisément le langage de la nature; et s'il nous était permis d'analyser la plupart des faits qu'on cite en témoignage de cette thèse, il nous semble qu'il ne nous serait pas difficile de démontrer que là encore, dans un grand nombre de cas, on s'est fait illusion.

Mais si, à envisager ainsi la question, il y avait risque pour nous à nous engager dans une voie un peu monotone, nous pouvons nous placer à un point de vue plus simple et préparer à cette question une solution non moins décisive. La mort, dit-on, arrive presque constamment, dans la fièvre typhoïde, par suite de congestions dans les parenchymes, et surtout dans le parenchyme pulmonaire. Est-on bien sûr qu'il en soit ainsi? Quelles sont les expériences qui le démontrent? Le fond, la nature vraie de la fièvre typhoïde, c'est une atteinte profonde portée d'emblée par une cause inconnue aux forces radicales de l'organisme, représentées surtout par le fluide sanguin et le système nerveux. Cette atteinte, portée à la vie, ne se révèle anatomiquement que par des signes équivoques; mais placez-vous à un autre point de vue, étudiez la maladie dans les phénomènes de pathologie vivante, par lesquels elle se traduit à l'observation, et vous cacquerrez bien vite la conviction que c'est là véritablement le sens dans lequel doit être conçu le mode de la vie anormale que présente une véritable fièvre typhoïde. Maintenant, la maladie ainsi comprise, est-il légitime de lui opposer une médication, dont l'effet le plus clair sur l'organisme est une hyposthénisation directe, si la contro-stimulation n'est pas une illusion; indirecte, si elle est le simple effet d'une pure spoliation? C'est en se plaçant à ce même point de vue que quelques médecins, dans ces dernières années, ont essayé de combattre par le sulfate de quinine, à hautes doses, la maladie dont nous nous occupons en ce moment. Ont-ils réussi dans leurs tentatives? Pas plus que ne réussiront, nous le craignons, les promoteurs estimables de la méthode nouvelle. Toutefois, il est parfaitement reconnu aujourd'hui que, si la méthode contro-stimulante au moyen du sulfate de quinine échoue, comme méthode générale, dans le traitement des fièvres continues, cette même méthode retrouve une incontestable efficacité, quand le paludéisme se masque sous la forme d'une fièvre typhoïde, qu'il

s'agit, comme on dit, de fièvre pseudo-continue, où que, sans faire le fond de la maladie proprement dit, le génie périodique s'y mêle à un degré quelconque. C'est là un résultat aujourd'hui nettement établi par une expérience qui défie toute controverse sérieuse. De la louable tentative de M. le docteur Renouard, pour réinstaller dans la thérapeutique de la fièvre typhoïde la médication rasorienne, mitigée suivant la prudence de la médecine française, restera-t-il au moins quelque chose d'analogue à ce que nous venons de rappeler pour la médication quinique? c'est ce que nous allons examiner en quelques mots.

Il y a une forme de la fièvre typhoïde, qu'on a appelée *pectorale* ou *thoracique*. Quelques-uns nient cette forme de la maladie, d'autres l'admettent. Nous n'hésitons pas, pour nous, à nous ranger au nombre de ces derniers. C'est surtout au milieu d'une épidémie un peu intense, que cette forme particulière se produit avec des traits tellement accentués, qu'il est impossible d'en révoquer en doute l'existence. Comme c'est là, au point de vue de la méthode thérapeutique que nous étudions en ce moment, une question qui n'est pas sans intérêt, qu'on nous permette de citer un cas de ce genre, où cette variété de la fièvre typhoïde se montre de la manière la plus évidente. Une jeune femme de vingt-huit à trente ans présente, pendant les premiers septénaires de sa maladie, tous les symptômes de la fièvre typhoïde qui, du reste, régnait alors épidémiquement. Lorsque nous eûmes occasion de la voir, voici l'ensemble des principaux symptômes qu'elle nous présenta. Le facies offre le masque typhoïde au suprême degré. Comme la malade est très-contente de nous voir, cependant, ses traits de temps en temps s'animent un peu, et la physionomie reprend un peu de sérénité, mais pour retomber bien vite dans l'immobilité de la stupeur. Il y a un délire nocturne calme. La surdité est considérable. Le pouls bat cent dix fois à la minute, il est petit, dépressible. La peau est chaude, mais non d'une chaleur mordicante. L'état du tube digestif contraste d'une manière sensible avec ces symptômes graves. La langue se tire nettement; elle est à peine chargée, et a l'humidité de l'état normal. Le ventre est souple dans tous ses points, point de gargouillement dans la fosse iliaque droite, point de borborygmes ou spontanés ou provoqués par la pression. La malade a été très-discrètement purgée dans les premiers jours. Aujourd'hui il y a des selles quotidiennes presque naturelles. C'est du côté de la poitrine que se concentre tout le mal, comme on dirait, dans la doctrine organopathique du médecin professeur de la Pitié, si l'on osait y parler français. En avant, en arrière, à gauche

comme à droite, les poumons font entendre partout à l'auscultation des râles sonores ou humides; à la base, en arrière, quelques râles muqueux, ou quelques points sous-crépitants. S'il est un cas auquel puisse s'appliquer la méthode contro-stimulante, c'est évidemment celui-ci. La congestion intense dont les deux poumons sont le siége, la légèreté du traumatisme intestinal, tout commanderait cette médication, dans les limites toutefois où le bon esprit de M. Renouard a su la contenir. Telle est cependant notre circonspection à cet égard, que si un cas semblable se montrait de nouveau sous nos yeux, nous surveillerions avec une extrême attention l'action d'une méthode qui, en général, ne répond, en matière de fièvre typhoïde, qu'à une indication secondaire. Ici cette indication pourrait devenir capitale, il ne faut point l'oublier : ce serait le cas où, la congestion pulmonaire augmentant encore, et se traduisant par une oppression plus grande, il y aurait urgence à affranchir l'organisme d'une perturbation immédiatement dangereuse; en pareille circonstance, et dans le silence du tube digestif, il n'est pas douteux que la méthode contro-stimulante ne fût nettement indiquée, et ne répondît mieux que toute autre médication au double besoin de l'organisme, au besoin d'expectoration comme au besoin plus impérieux encore de réprimer la tendance congestionnelle dont est le siége l'appareil de la respiration.

Quelle que soit la restriction avec laquelle nous avons parlé, dans cette notice, de l'utilité de la méthode contro-stimulante, dans le traitement de la fièvre typhoïde, nous pensons qu'on n'en doit pas moins savoir gré au médecin laborieux qui l'a étudiée dans ces derniers temps d'avoir agité cette question. N'eût-il, en cherchant à démontrer l'utilité de cette méthode, que concouru à confirmer une notion qui tous les jours se répand davantage, et à appeler d'une manière spéciale l'attention des praticiens sur une application particulière de cette méthode dans une forme assez fréquente de la fièvre typhoïde, qu'il aurait bien mérité de la science. Comme nous avons examiné avec indépendance son opinion, nous ne lui marchanderons pas nos éloges pour ses laborieux efforts.

THÉRAPEUTIQUE CHIRURGICALE.

Du pied plat valgus douloureux.

CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. BONNET (DE LYON).

Par M. le docteur DELORE, ancien chef de la clinique chirurgicale.

Parmi les difformités qui peuvent affecter le pied, celles qui sont caractérisées par un renversement de l'organe en dehors n'ont eu le privilége d'attirer l'attention des chirurgiens qu'à un bien faible degré. Toutes les recherches statistiques faites sur le pied bot ont trait à la variété en dedans; et dans les relevés de MM. Bouvier, Martin, Held, Scoutetten, il n'est pas question du pied plat valgus. Cette préférence est justifiée sans doute par la fréquence plus grande du pied varus, par des succès thérapeutiques aussi brillants que nombreux; mais les difficultés attachées au traitement du pied valgus ne doivent point en faire négliger l'étude.

Cette conformation vicieuse, décrite par M. Bonnet sous le nom de *pied bot poplité externe*, offre, ainsi qu'il l'a prouvé (Traité des sections tendineuses, 1841), des variétés analogues à celles du pied bot poplité interne. Il en est qui sont produites par la rétraction des muscles abducteurs, d'autres dans lesquelles la paralysie des adducteurs permet aux muscles opposés de prédominer. Le pied est en effet placé entre deux systèmes musculaires antagonistes qui, dans l'état normal, se font un équilibre parfait; vienne une cause morbide qui accorde la prédominance à l'un d'eux et la difformité commence; les os et les ligaments qui opposent à une force instantanée une si puissante résistance, cèdent au contraire facilement à une force longtemps continue.

Ces pieds valgus par rétraction ou par paralysie, soit pour l'interprétation étiologique qu'on en peut donner, soit pour le traitement qu'ils réclament, rentrent dans les principes généraux établis par M. J. Guérin; cependant leur histoire pratique, pour être suffisamment connue, exigerait une étude aussi complète que celle qui a été faite pour le pied varus. Nous pourrions entreprendre ce travail, citer des exemples nombreux de pieds bots en dehors, les uns congénitaux, produits par la rétraction des abducteurs et des extenseurs, les autres paralytiques, survenus après la naissance, et montrer quelle a été l'influence utile d'un traitement rationnel; mais nous préférons nous borner à l'examen d'une variété peu connue, dans laquelle la disposition vicieuse est médiocre, tandis que la difficulté de la marche est souvent très-grande, qui n'est pas tant le résultat

de la rétraction de certains muscles que la conséquence d'un état morbide du pied lui-même, qui est l'occasion fréquente d'erreurs de diagnostic, qui enfin exige un traitement spécial. Nous voulons parler de la maladie désignée par M. Guérin sous le nom de *pied plat valgus douloureux*.

Symptomes. — En général, la difformité se borne à l'aplatissement du pied et à son renversement en dehors; et, dans quelques cas, il est nécessaire d'en faire un examen attentif pour la reconnaître. Mais si, poursuivant plus loin l'étude de la conformation vicieuse, on en recherche les éléments, voici ce que l'on constate :

A. *Rotation du pied en dehors.* — Ce mouvement s'est passé dans l'articulation calcanéo-astragalienne, de telle sorte que l'astragale étant resté en place, tout le reste de l'organe a participé à la déviation. Le talon est donc légèrement dévié en dehors, et l'axe de la jambe prolongé tombe plus en dedans qu'à l'état normal. De plus la malléole interne est plus saillante et l'externe l'est moins.

Mais ce ne sont point les conséquences uniques de la rotation en dehors. Le bord externe du pied est relevé et appuie à peine sur le sol, tandis que le bord interne semble abaissé et supporte à lui seul le poids du corps.

B. *Abduction de l'avant-pied sur l'arrière-pied.* — Compagne obligée de la déviation précédente, c'est dans l'articulation de Chopart que l'abduction pathologique s'exécute. Mais elle s'effectue de telle sorte que le scaphoïde déjeté en dedans fait une saillie prononcée, que le bord interne du pied est convexe et qu'on a pu croire à une exostose ou bien à une luxation. Le bord externe, lui, au contraire, est concave; et le sommet de la courbe est au niveau du cuboïde.

C. *Aplatissement du pied.* — L'effondrement pathologique de la voûte est l'effet de l'allongement des ligaments inférieurs du tarse, qui sont destinés à maintenir ses courbures, et surtout du ligament calcanéo-cuboïdien inférieur, le plus puissant de tous. Sur un pied bien conformé, la section de l'aponévrose et des muscles plantaires demeure à peu près sans résultat; mais quand les ligaments sont coupés, la voûte n'existe plus.

C'est principalement dans l'articulation médio-tarsienne que se produit l'affaissement, mais la concavité transversale y participe également. On constate alors que l'arcade plantaire est détruite, que la concavité du cou-de-pied est à peine indiquée et que le diamètre transversal est augmenté.

D. *Flexion du pied sur la jambe.* — Le pied fait avec la jambe,

à l'état normal, un angle obtus, ouvert en avant, de 108 degrés environ ; dans l'affection qui nous occupe, il forme à peu près un angle droit.

E. *Saillie des tendons des péroniers.* — Les agents actifs de la déviation sont les péroniers ; le soulèvement de la peau par leurs tendons est une preuve de la rétraction qu'ils ont éprouvée, en entraînant le pied dans le sens de leur effort. Cette tension est augmentée quand on porte le pied dans l'adduction. Les extenseurs des orteils sont également saillants en avant de l'angle tibio-tarsien. Ce sont eux qui produisent la légère flexion du pied sur la jambe.

Si l'on veut rendre au pied sa direction normale, rétablir les concavités inférieures et internes, ramener le talon en dedans, on éprouve des difficultés variables, suivant la rétraction plus ou moins grande des muscles dont nous avons parlé, suivant les lésions qui sont dans les jointures. Il y a en effet souvent des ankyloses, des altérations articulaires, que les craquements rendront sensibles après la section des tendons rétractés.

Les mouvements communiqués, quoique fort limités, le sont moins encore que les mouvements spontanés ; on conçoit dès lors les difficultés de la déambulation. Les ankyloses et l'aplatissement enlèvent toute élasticité au pied ; le talon porte le premier dans la marche, ce qui la rend moins sûre ; les tissus plantaires sont sans cesse comprimés, à cause de l'absence de voûte ; certains ligaments sont distendus outre mesure ; de là des souffrances qui se font surtout sentir au-dessous de la malléole interne ; de là une gêne de la circulation qui rend les pieds engorgés et pesants au moindre exercice ou dans la station debout. C'est donc à bien juste titre que cette affection a été appelée *pied plat valgus douloureux*.

Ainsi la douleur domine sur la difformité, qui cependant est toujours appréciable et fournit des indications thérapeutiques formelles. De plus l'étiologie du pied valgus douloureux diffère essentiellement du pied valgus simple, comme nous allons essayer de le démontrer.

Causes. — A la suite des maladies du pied, traumatiques ou de cause interne, on ne voit pas survenir des difformités, avec renversement en dedans de l'organe. Pourquoi en survient-il dans lesquelles le pied s'infléchit en dehors ? C'est que tout individu dont le pied est douloureux marche la pointe des orteils en dehors et présente en avant le bord interne. La marche ne peut s'exécuter longtemps de cette manière sans amener la difformité, qui devient, à son tour, une cause d'entretien et d'aggravation des douleurs. Telle est l'explication que donne M. Bonnet de l'influence que possèdent sur le dé-

veloppement du pied valgus des lésions que nous allons citer.

1° Une entorse négligée peut être le point de départ de la déviation : c'est ce qui survint à plusieurs des sujets de nos observations. L'effet s'explique assez facilement : les ligaments, nous l'avons dit, sont les soutiens par excellence de la voûte plantaire; s'ils sont dilacérés, cette voûte fléchit et le pied plat commence; or, le pied plat dispose singulièrement au pied valgus, comme le prouvera un simple coup d'œil jeté sur les observations que nous relatons.

2° Le vice rhumatismal est une des causes les plus fréquentes, ainsi que le démontrent plusieurs faits.

Il était le principe du mal dans la deuxième observation de M. Bonnet, dans la première de M. J. Guérin, dans notre première et notre sixième. Cette affection agit, et par l'altération des jointures, et par la douleur qu'elle provoque.

Enfin le pied valgus douloureux coïncide avec une laxité des ligaments et un état hypéresthésique qui peuvent être indépendants des causes précitées. L'organe peut être mû dans tous les sens, excepté dans l'adduction.

Je ne puis passer sous silence les idées de M. Duchenne (de Boulogne), sur la genèse du pied valgus, car elles trouvent ici une application directe. Elle peuvent se résumer ainsi : « Le long péronier latéral abaisse le bord interne du pied, et maintient la voûte plantaire. Quand il est paralysé par l'atrophie graisseuse, le pied plat valgus survient. » Ces assertions sont tellement en opposition avec ce que l'observation démontre, que nous chercherons à leur répondre et par le raisonnement et par les faits. Et d'abord, en même temps que le long péronier latéral abaisse la pointe du pied, ne le renverse-t-il pas en dehors, ne le porte-t-il pas dans l'abduction ? Ce sont là des éléments essentiels du valgus. N'est-il pas impossible de séparer par l'électricité localisée l'atrophie du long péronier, de celle du court péronier, qui est son congénère pour le renversement en dehors et l'abduction ? A-t-on pris toujours toutes les précautions désirables, pour distinguer l'atrophie graisseuse essentielle de cette atrophie graisseuse consécutive à l'immobilité, si fréquente dans le pied bot ? Dans le pied équin, le triceps sural a subi la transformation graisseuse ; pourquoi ? parce qu'il est rétracté et qu'il joue le rôle d'une corde inerte. N'en est-il pas de même dans le pied valgus ? Ce sont les tendons des péroniers et des extenseurs qui sont durs et saillants, ce sont leurs muscles qui sont rétractés, et qui subiront l'atrophie graisseuse, si la rétraction persiste.

Dans les cas des pieds bots valgus par rétraction musculaire, si

l'extrémité antérieure du premier métatarsien se relève, si la voûte s'aplatit, c'est que les extenseurs et le pédieux ont vaincu le long péronier, qui dès lors ne fait plus que renverser le pied en dehors et le porter dans l'abduction.

Mais les faits sont des arguments d'une bien plus grande valeur. Voyez nos premières observations ! Il a suffi de couper les tendons des péroniers, et, sans efforts, le pied a été ramené à sa direction normale. La guérison n'a pas tardé à montrer l'opportunité de cette opération rationnelle. Donc, quoique la difformité du valgus douloureux ne soit pas produite par le long péronier, elle est maintenue par sa rétraction ; et malgré l'admiration que nous avons pour les recherches physiologiques de M. Duchenne (de Boulogne), nous ne pouvons admettre ses déductions pathologiques.

Diagnostic. — Il semble au premier abord qu'une affection aussi caractérisée que celle du pied valgus ne peut fournir matière à aucune méprise, et cependant il n'en est rien. Les diagnostics les plus dissemblables sont quelquefois formulés. Des observateurs, prenant en considération l'altération des formes, croient à une exostose, ou à une luxation du scaphoïde. D'autres, s'occupant surtout de la douleur, ne soupçonnent qu'un rhumatisme ; d'autres, enfin, frappés par les difficultés de la marche, diagnostiquent une myélite. Pour éviter ces erreurs, il suffit de les connaître et d'avoir présents à l'esprit les éléments principaux de la difformité : l'aplatissement du pied, son renversement en dehors, son abduction, la saillie des tendons des péroniers et les douleurs dans la marche.

Traitement. — De l'étude attentive des éléments du pied valgus douloureux et de ses causes doit ressortir un traitement rationnel. Mais les indications thérapeutiques varient d'après l'état plus ou moins avancé de la lésion, d'après les complications qui l'accompagnent. Guérir la cause, si elle existe encore, au moyen des ressources de la matière médicale ; redresser le pied par des opérations sous-cutanées, par des manœuvres, des appareils d'immobilisation et de mouvement ; maintenir le redressement obtenu par des tuteurs qui empêcheront la déviation de se reproduire, tel est le triple but que le chirurgien doit se proposer.

Nous allons successivement exposer les diverses phases du traitement : 1° dans les cas où l'affection est au début ; 2° quand elle est tout à fait caractérisée, mais dénuée de complications ; 3° lorsqu'elle est compliquée ; 4° lorsqu'enfin, le redressement étant obtenu, il s'agit de le conserver : c'est le traitement consécutif.

1° Au début, lorsqu'on est assez heureux pour y assister, il faut

se hâter de faire le traitement de la cause et d'opérer le redressement. Si la cause est rhumatismale, il suffit d'appliquer de larges vésicatoires sous un bandage amidonné. Cette méthode possède un double avantage : les vésicatoires ainsi placés ont fourni à M. Bonnet une série de remarquables succès, dans les cas de rhumatisme avec vive douleur et gonflement considérable. M. Bonnet attribue ces résultats à l'immobilité de l'organe, à l'uniformité de la température, à l'absence du contact de l'air, et enfin à l'absorption de la cantharide, qui est favorisée par un contact plus prolongé, et qui se traduit par un mouvement fébrile et par des symptômes dysuriques.

A ce moyen local on adjoint le traitement général du rhumatisme : sudorifiques, poudre de Dower, etc.

Le second avantage, c'est que, grâce au bandage amidonné mis avec les précautions que nous indiquerons dans un instant, on peut opérer un redressement efficace, sans être obligé de recourir aux sections sous-cutanées. Ce bandage doit être enlevé et remplacé immédiatement par un autre, dès que la sécrétion séro-purulente devient fétide. Des tuteurs viendront ensuite assurer le maintien de la bonne conformation.

Il est possible, dans certains cas, de prévoir le développement du valgus douloureux, et alors on possède des moyens de le prévenir. Une entorse est-elle survenue chez un individu débile, scrofuleux, rachitique, placez le pied en bonne position, dans un bandage amidonné; faites garder un repos prolongé, puis ne permettez que des mouvements graduels et un exercice modéré.

2° Si le pied valgus douloureux est confirmé, mais sans complications, les moyens précédents deviennent insuffisants, il faut recourir à la section des péroniers latéraux. Voici de quelle façon M. Bonnet agit alors :

Le malade étant anésthésié par l'éther, il pratique la section des deux péroniers latéraux par une incision sous-cutanée, oblique d'arrière en avant, immédiatement au-dessous de la malléole externe; en la faisant plus bas, on courrait le risque de ne pas faire la section complète. La saillie des tendons est favorisée par une forte adduction.

Dès que l'opération est faite, le pied revient immédiatement et sans violence à sa position normale. M. Bonnet a exécuté le premier cette opération dans deux cas de pieds plats valgus douloureux, en 1841 ; il est vrai qu'en 1839 M. Duval avait fait la section des péroniers latéraux, mais c'était pour des pieds valgus ordinaires.

Si le pied est fléchi sur la jambe par une rétraction des extenseurs des orteils, on pratique également la section sous-cutanée de ces muscles, comme M. Guérin en a donné le premier le conseil. Nous citerons des exemples où cette opération fut mise en usage.

Les piqûres sont recouvertes de collodion, et l'on procède à l'application du bandage. Une couche de coton cardé, plus épaisse au niveau des malléoles et du talon, enveloppe complétement le membre; il est exactement maintenu par un tour de bande; puis on place plusieurs attelles de carton mouillé, amidonnées sur leurs deux faces, qui sont ensuite entourées par de nombreuses circulaires de bandes également amidonnées. C'est par-dessus ces dernières bandes qu'on met de chaque côté du membre deux attelles de fil de fer mou, espèce de treillage flexible et résistant tout à la fois, qui prend un point d'appui sur la cuisse et la jambe, et imprime au pied, sur lequel il se moule exactement, la forme qu'on désire. Ces attelles de fil de fer, fixées elles-mêmes par des bandes amidonnées, deviennent inutiles quand le bandage est sec. Les phénomènes cicatriciels peuvent s'accomplir dans l'immobilité et à l'abri du contact de l'air, en même temps que l'organe est maintenu dans l'adduction, la rotation en dedans et un léger degré de flexion. Au bout de quinze jours on lève l'appareil, et, suivant les indications, on en applique un second, ou bien on passe aux mouvements, ou bien on met des tuteurs.

3° Si des complications coïncident avec une difformité confirmée, l'art possède encore des ressources.

Une complication rhumatismale ne contre-indique pas la section des péroniers, mais elle nécessite auparavant l'emploi des moyens spéciaux dont nous avons parlé.

Quand les tendons sont coupés, les obstacles au retour de la forme naturelle ne sont pas toujours détruits en entier. Il y a souvent des ligaments rétractés, des ankyloses plus ou moins complètes, des rugosités articulaires, qui opposent une vive résistance. Pour en triompher, on pratique des manœuvres où la patience doit s'unir à la force. On saisit le pied avec les mains et on le ramène dans une bonne direction par des mouvements réitérés. Il se produit alors des craquements, indices soit de la déchirure des adhérences, soit de l'altération des cartilages. Ce n'est souvent qu'au bout d'un quart d'heure, et après de pénibles efforts, qu'on voit la saillie du scaphoïde diminuer peu à peu et la voûte se reformer.

C'est après ces tentatives et ces violences que le bandage amidonné est d'une haute utilité; grâce à son emploi constant, les phé-

nomènes inflammatoires qu'on aurait pu redouter ont toujours été prévenus.

Quand les résultats sont incomplets, il ne faut pas hésiter à recommencer les manœuvres et les applications de nouveaux bandages, autant de fois qu'elles semblent nécessaires. Puis, lorsque le pied a recouvré sa forme, on passe aux machines de mouvement qui produisent l'extension, l'adduction et la rotation en dedans ; on fait des massages de temps en temps pour assouplir les ligaments et faciliter la circulation.

4° (Traitement consécutif). Tel est le traitement qui doit s'exécuter sous les yeux du chirurgien. Mais tout n'est point terminé : il y a des ligaments distendus qui ne se sont point encore rétractés, des os déformés qui ne reviennent que lentement à leur configuration régulière ; il faut donc des tuteurs que le malade porte à peu près constamment pendant plusieurs mois, et qui empêcheront la position vicieuse de se reproduire. Ils se composent d'une bottine solide, munie de deux montants en fer se reliant par une courroie et un bourrelet au sommet de la jambe, ayant une articulation au-dessous des malléoles ; ils sont attachés par un étrier à la semelle, qui est suffisamment cambrée. De plus, une courroie large et solide part du milieu du bord interne de la semelle, et, soulevant le scaphoïde à la façon d'un hamac, va s'attacher au montant externe. L'aplatissement du pied ne peut donc se reproduire.

Quoi qu'il en soit, une guérison complète n'est point l'œuvre de quelques jours ; il faut de la persistance, et de la part du chirurgien, et de la part du malade. Si les moyens prothétiques ne sont pas assez longtemps continués, si des travaux pénibles sont trop tôt repris, les opérations et les manœuvres auront été faites en pure perte. Aussi M. Bonnet ne se décide à entreprendre un traitement qui doit durer longtemps, que lorsqu'il s'est assuré que le malade sera soumis à son observation tout le temps désirable, et qu'il pourra lui faire construire un appareil tuteur.

M. Bonnet et M. J. Guérin sont les seuls chirurgiens qui, à notre connaissance, se soient préoccupés du *pied plat valgus douloureux ;* nous croyons devoir rapporter l'analyse succincte des faits qu'ils ont publiés et les faire suivre de quelques observations nouvelles.

Les faits de M. Bonnet ont été publiés dans son Traité des sections tendineuses (1841).

Obs. I. Jeune homme de quinze ans qui, dans sa première enfance, avait eu des convulsions. Il était affecté d'un pied valgus peu prononcé, avec grande laxité des ligaments, douleur et gêne considérable dans la marche. La section

des péroniers latéraux fut suivie d'une grande amélioration dans les fonctions et la forme des pieds.

Obs. II. Etiennette Grevet, âgée de seize ans, affectée de pieds plats, depuis son bas âge, a été atteinte de rhumatismes qui ont amené un pied valgus douloureux. M. Bonnet pratique des deux côtés la section des deux péroniers latéraux ; le pied se redresse immédiatement; au bout de trois mois, la jeune opérée marche sans difficulté et conserve seulement les pieds plats.

Obs. III. Corte, âgé de trente-trois ans, s'est fait une entorse à l'âge de seize ans. Le pied droit présente à un haut degré la conformation décrite sous le nom de pied plat valgus. Abaissement du talon, flexion du pied sur le tibia, extension de l'avant-pied sur l'arrière-pied, abduction, rotation en dehors ; ankyloses complètes, suites d'inflammation chronique des jointures et des gaînes tendineuses; tension des péroniers latéraux, marche avec deux béquilles, en éprouvant de vives douleurs. — *Traitement.* Rupture des ankyloses, appareils de mouvement. Sections des péroniers en janvier 1848 et en février ; douches froides. Redressement complet du pied, mouvements faciles, marche moins pénible. (*Gaz. médicale,* 1849.)

Les faits de M. J. Guérin sont consignés dans le Rapport sur les traitements orthopédiques (1848).

Obs. I. Pied plat valgus douloureux, très-prononcé à droite, rudimentaire à gauche, chez un jeune homme de quinze ans et demi ; rétraction de l'extenseur commun des orteils, du péronier antérieur et des péroniers latéraux. Renversement du pied sur son bord interne. Déviation de l'avant-pied en dehors sur le calcanéum. Subluxation astragalo-scaphoïdienne en dedans. Empêchement complet du mouvement d'adduction. Station debout et marche impossibles. Section des tendons des muscles rétractés, réduction de l'avant-pied, traitement mécanique consécutif. Guérison.

Obs. II. Pied plat valgus douloureux du côté gauche, par rétraction de l'extenseur commun des orteils, des péroniers antérieur et latéraux; marche impossible. Section sous-cutanée des tendons de l'extenseur commun des orteils, des péroniers antérieur et latéraux. Traitement mécanique consécutif, marche régulière au bout de deux mois et demi.

Obs. III. Pied plat valgus douloureux très-considérable à gauche, par rétraction de l'extenseur commun des orteils et des péroniers, renversement du pied en dehors, empêchement du mouvement d'adduction, marche douloureuse, section des tendons des muscles rétractés ; redressement immédiat ; traitement mécanique consécutif, guérison complète au bout de six mois.

Cependant, quoique les faits que nous venons de citer se trouvent dans deux ouvrages connus, il nous paraît utile d'en rapporter de nouveaux pour attirer mieux encore l'attention des praticiens sur une maladie et sur des traitements généralement peu connus.

Nous plaçons les faits dont il va être question, d'après leur degré de complication.

1° *Pieds plats valgus douloureux, en voie de développement.*

Obs. I. L. Pauton, maçon, âgé de seize ans, entré le 11 décembre 1857, sorti le 15 février 1858. Salle Saint-Philippe, n° 28. Ce jeune homme eut, il y a

quatre mois, des rhumatismes aux genoux et aux pieds ; ceux-ci, qui étaient déjà plats, sous l'influence du gonflement, des douleurs et de la marche, devinrent très-difformes et se déjetèrent en dehors ; le scaphoïde faisait en dedans une saillie prononcée, et la voûte plantaire disparut totalement ; mais il n'y avait pas encore de rétraction des tendons des péroniers. Dès son arrivée, on entoure les deux pieds de larges vésicatoires et de solides bandages amidonnés, remontant jusqu'au milieu de la cuisse. Au huitième jour, nouveau bandage. Le 2 février, les douleurs ont disparu, et au moment de sa sortie, grâce au redressement dû au bandage amidonné, le pied est seulement aplati, et la marche s'exécute facilement.

2° *Pieds plats valgus douloureux, avec rétraction des péroniers,* sans lésion évidente des articulations.

Obs. II. *Pied plat valgus gauche.* — Léger Chapeau-Blanc, apprenti maçon, âgé de dix-sept ans, né à Peyras, Haute-Vienne, travaillant à Lyon, éprouve depuis dix-huit mois dans le pied gauche des douleurs qui le gênent considérablement pour son travail. A son entrée dans les salles de la clinique, le 4 février, nous constatons que le pied est déjeté en dehors et qu'il est valgus à un degré avancé.

Le 6 février. Opération : section des péroniers, application d'un bandage amidonné pour maintenir le redressement parfait, immédiatement obtenu. Au bout de quinze jours, on le fait travailler à la mécanique du mouvement.

Le 16 mars. Le pied est dans un bon état, la voûte plantaire est bien reformée, les deux pieds sont semblables, seulement le gauche conserve une tendance à retourner en dehors, sous l'influence d'une pression, à cause de la déformation osseuse. La marche est plus facile qu'auparavant. Continuation des mouvements.

Ce jeune homme sort le 26 mars avec un soulier mécanique et un appareil tuteur, qui empêchent son pied de se dévier en dehors.

Obs. III. *Pied bot valgus douloureux, avec rétraction de l'aponévrose et des muscles plantaires.* — M. F..., parent d'un illustre physiologiste, est âgé de treize ans, d'une constitution peu vigoureuse, d'un tempérament lymphatique. Dès l'âge d'un an, on s'aperçut que son pied droit était plat; aussi eut-on soin de lui faire porter une chaussure ayant une saillie transversale au niveau de la région plantaire. Le pied devint concave, mais ne continua pas moins à se déjeter en dehors. La marche s'exécuta toujours avec difficulté et douleur, soit à cause de la difformité, soit à cause de la faiblesse du pied ; ce jeune homme portait son membre inférieur, dans l'abduction, la pointe du pied déviée fortement en dehors, et pouvait ainsi progresser en boitant, s'appuyant sur le talon, un peu plus élevé cependant que les extrémités antérieures des métatarsiens.

Quand il se présenta à M. Bonnet, son pied était conformé de la façon suivante :

1° Il est en totalité renversé en dehors de telle sorte que le bord externe est de quatre centimètres plus élevé que le bord interne ; comme conséquence de ce renversement, je note encore la saillie de la malléole tibiale ; la malléole péronière est au contraire fort peu apparente ;

2° L'extrémité postérieure du calcanéum est légèrement relevée, et le tendon

d'Achille est également porté en dehors au lieu de correspondre à la partie moyenne de l'espace intermalléolaire ;

3° De plus, il y a une forte abduction de l'avant-pied sur l'arrière-pied. Ce déjettement en dehors s'est passé dans l'articulation médio-tarsienne ou de Chopart. Les conséquences en sont : saillie prononcée du scaphoïde en dedans, qui a fait croire à une luxation de cet os; le bord interne est donc convexe au lieu d'être concave. Le bord externe, au contraire, est fortement concave, ou plutôt présente un angle ouvert en dehors dont le sommet correspond à l'articulation du cuboïde et du cinquième métatarsien. L'axe de la jambe prolongé forme, avec le bord interne du premier métatarsien, un angle de 130 degrés ouvert en avant ;

4° Les tendons de l'extenseur commun et du péronier antérieur sont contracturés, saillants sous la peau, et tellement déjetés en dehors qu'au niveau du cou-de-pied ils sont sur le même plan antéro-postérieur que la malléole externe. J'ai déjà noté la déviation en dehors du tendon d'Achille.

Le tendon de l'extenseur propre du gros orteil est saillant au niveau de la tête du premier métatarsien, de sorte que les quatre derniers orteils ont leurs dernières phalanges fléchies sur les premières.

La première phalange est relevée à angle droit. Le cinquième orteil s'engage sous le quatrième.

5° La concavité plantaire est exagérée, ce qui a été produit sans doute par le bourrelet transversal que dans son bas âge ce jeune homme porta longtemps dans son soulier. Sans cette circonstance, l'on ne pourrait comprendre la combinaison de difformités qui s'excluent toujours, le renversement en dehors et la rétraction des muscles et de l'aponévrose plantaires.

6° Si je place la jambe dans une position parfaitement verticale, le pied ne porte que sur l'extrémité antérieure du premier métatarsien et le talon est à quatre travers de doigt au-dessus du sol; mais j'ai déjà dit que le malade y suppléait dans la marche en déjetant la pointe du pied en dehors et portant le membre dans l'abduction. Les mouvements du pied s'exécutent tous, dans certaines limites, mais il y a beaucoup de faiblesse.

Opération le 24 novembre 1857.

1° M. Bonnet fait la section des deux péroniers latéraux, immédiatement au-dessous de la malléole externe. La piqûre est en arrière et en bas, et la lame dirigée en avant et en haut coupe de dehors en dedans.

2° Section plantaire : piqûre sur le bord interne, au niveau du premier cunéiforme; on coupe l'aponévrose et l'abducteur du petit orteil.

3° Section des fléchisseurs des orteils, immédiatement en arrière des têtes métatarsiennes; piqûre en dedans.

Le redressement après ces sections sous-cutanées est immédiat et complet; on entoure le membre d'un bandage amidonné.

Le 8 octobre, M. Bonnet sort le bandage : la forme du pied est parfaite; nulle trace de l'opération, si ce n'est un reste d'ecchymose sous la plante du pied. Les mouvements et la sensibilité sont intacts.

Depuis ce jour, on fait porter à ce jeune homme un appareil tuteur, qui empêche le pied de revenir à sa position vicieuse, et qui ne s'oppose point à la marche. Pendant le temps que le malade reste

en observation, le pied conserve ses formes, et rien ne fait craindre une rechute.

M. Bonnet reçoit des nouvelles de ce jeune homme, à la date du 25 février. Les frictions, l'électricité, les mouvements artificiels et l'exercice ont produit un très-bon résultat ; le membre possède beaucoup plus de vigueur, et tout fait espérer que bientôt toute trace de la difformité aura disparu.

Obs. IV. — *Pied valgus, suite d'entorse. — Section des péroniers. — Traitement mécanique consécutif. — Sort guéri avec une bottine spéciale.* — François Aluge, domestique, âgé de dix-sept ans, entre le 13 janvier 1858 (salle Saint-Philippe, n° 25). Il y a huit mois, ce jeune homme se donna une entorse pour laquelle il ne voulut jamais garder un repos absolu; bien plus, il continua de travailler. La douleur de son entorse existait surtout au côté externe de l'articulation tibio-tarsienne. Peu à peu le pied se déforma, et aujourd'hui il est valgus au deuxième degré.

Le 16 janvier, on lui pratique la section des péroniers; le pied revient immédiatement à sa position normale, et on lui applique un bandage amidonné.

Plus tard il passe aux appareils de mouvement.

Le 9 février. Le pied a recouvré ses formes naturelles, il n'a presque plus de tendance à se dévier en dehors dans la marche. Il continue ses exercices.

Le 3 mars. Il sort avec une bottine munie de deux montants en fer.

Dans ces trois observations, il a suffi de couper les péroniers latéraux, de redresser le pied avec les mains, de le maintenir dans la rectitude pendant quelques semaines avec un bandage approprié, enfin, de faire porter des tuteurs. (*La fin au prochain numéro.*)

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formule de la pommade de Jaser comme traitement de la gale.

De toutes les pommades proposées pour le traitement de la gale, une des plus efficaces, et en même temps des moins dispendieuses pour les établissements de charité, est la pommade de Jaser. M. le docteur Delaharpe, médecin de l'hôpital de Lausanne, en fait usage depuis un grand nombre d'années et avec un succès constant. Voici sa formule :

Fleur de soufre..........................	15 grammes.
Sulfate de zinc..........................	6 grammes.
Poudre de racine d'hellébore blanc..........	4 grammes.
Savon noir..............................	50 grammes.
Graisse de porc.........................	60 grammes.

M. Delaharpe y fait ajouter depuis quelques années :

Essence de carvi........................	150 centigrammes.

Cette dernière adjonction a sensiblement augmenté l'activité de la pommade, sans la rendre plus irritante. La livre de cette pommade coûte 2 fr. 50 c. Chaque galeux en emploie, en moyenne, 250 grammes pour obtenir sa guérison.

« Serait-il possible, dit ce médecin, de diminuer le nombre des substances qui entrent dans sa composition, sans porter atteinte à ses propriétés antipsoriques ? Je crains que non. — La graisse et le savon de potasse se tempèrent l'un et l'autre, et, en augmentant la proportion de savon, on court le risque d'avoir une pommade trop irritante. Je me propose, cependant, de faire quelques essais sur ce point. — Le sulfate de zinc ne joue pas ici le rôle de corrosif, comme on pourrait le croire ; car il est entièrement décomposé par la potasse du savon. Il sert ainsi à former un peu de sulfate de potasse, et, peu à peu, du sulfure de zinc, par son contact avec le soufre. Ce sulfure de zinc peut avoir une action antipsorique, en même temps qu'il contribue à diminuer les démangeaisons et l'irritation de la peau comme les pommades de zinc en général. Un peu d'acide hydro-sulfurique, qui se dégage du sulfure de zinc, peut encore favoriser l'action de la pommade.

« La poudre d'ellébore est ici l'élément antipsorique le plus actif, avec l'essence de carvi : on ne pourrait les diminuer sans inconvénient. Je voudrais plutôt tenter de les augmenter ; mais peut-être aurait-on à craindre une action générale par suite de l'absorption de la vératrine.

« Du reste, il ne faut pas perdre de vue que la condition la plus essentielle dans ce traitement gît dans l'administration du bain de savon à l'entrée du malade. Si l'on emploie ici du savon noir de bonne qualité, et si le galeux a soin de brosser ou frictionner fortement sa peau dans le bain, la guérison a lieu dans les vingt-quatre heures. L'absence de ces précautions (je l'ai observé plus d'une fois) suffit pour retarder la guérison d'une journée au moins. Ainsi s'explique un fait qui m'a souvent surpris, la plus grande opiniâtreté de la gale chez les femmes, malgré leur peau généralement plus délicate. Par pudeur, par manque de savoir-faire, elles ne se frottent point suffisamment dans le bain, et la pommade les guérit plus difficilement. »

Potion résolutive.

Dans les cas d'épanchements pleurétiques et péricardiques, M. le docteur Worms, médecin de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, recommande l'emploi de la potion suivante.

Pr.	Infusion de fleurs de sureau............	300 grammes.
	Nitrate de potasse........................	12 grammes.
	Tartre stibié.............................	15 centigrammes.
	Miel épuré................................	90 grammes.

Prendre deux cuillerées à bouche toutes les heures.

Sous l'influence des vésicatoires et de l'usage de cette potion, aidée de boissons chaudes, les épanchements disparaissent très-rapidement.

Observation pratique sur la conservation et la distillation des fleurs de roses et d'oranger.

Les anciens Grecs et Romains, blasés par l'abus de la table, eurent recours aux parfums pour stimuler leurs sens émoussés. A Rome, l'odeur de la rose était tellement recherchée que Lucullus dépensait des sommes fabuleuses pour en avoir toute l'année.

Au siècle dernier, l'odeur de la fleur d'oranger était si en vogue que l'entretien des orangers de Louis XIV exigeait une dépense importante, car il fallait au grand roi un de ces arbustes favoris dans chacune des pièces de ses appartements.

De nos jours encore la mode, cette reine despote et capricieuse qui, au dire de Montaigne, « tourneboule et embobine l'entendement des Français, » nous impose aussi le parfum; le pauvre en veut autant que le riche, et leur consommation est telle, que les parfumeurs des grandes villes, ceux de Paris surtout, accaparent toutes les fleurs odorantes qui paraissent sur les marchés, sans en laisser aucune pour les besoins de la pharmacie; il en résulte que leur valeur commerciale atteint presque toujours un prix très-élevé; la rose se vend de 50 à 60 francs les cinquante kilogrammes; la fleur d'oranger de 250 à 300 francs le même poids, ce qui force les pharmaciens à faire venir du midi de la France des eaux distillées qui n'ont jamais cette suavité de parfum qu'offrent les hydrolats fabriqués à Paris.

Nous avons la certitude qu'on peut obvier à cet inconvénient; cinq années d'essais et d'expériences nous ont prouvé que les pharmaciens de province peuvent conserver les fleurs odorantes pendant plusieurs années, ou les expédier d'un point de la France à l'autre, sans qu'elles perdent de leur parfum; l'agent conservateur est le sel marin, ce *corpus divinum* d'Homère et de Platon.

Les Hébreux ont connu les propriétés antiputrides du sel de cuisine; ils l'employaient à la conservation de leurs viandes. Cette substance a également joué un rôle important dans les sacrifices du paganisme; on en jetait sur la chair des victimes pour en retarder la putréfaction.

Au moyen âge, les alchimistes disaient *cum sole et sale omnia fiunt*. C'est sûrement cette pensée qui a donné à Wilhelmbukels l'idée de se servir du muriate de soude pour saler le poisson ; elle lui réussit si bien que Charles-Quint, se trouvant dans les Pays-Bas, fit tout exprès le voyage de Bier-Vliet pour y voir le tombeau de l'humble pêcheur, voulant par là honorer la mémoire de celui qui avait rendu un si grand service à sa patrie.

L'emploi du sel de cuisine a déjà été appliqué à la conservation des plantes médicinales. Trouvain, dans son Apothicaire charitable, Baumé, Morlot, Lemery, Guibourt et beaucoup d'autres pharmacologistes en parlent : seulement on a oublié l'enseignement ; cependant il y aurait un bénéfice immense à le faire revivre, d'autant plus que le mode d'opérer est bien simple. Il suffit de mettre les feuilles de roses ou les fleurs d'oranger dans des vases en grès ou en verre et d'interposer une couche de sel entre chaque couche de fleurs, jusqu'à ce que le vase soit bien plein. Il faut avoir l'attention de choisir les fleurs qui sont les plus sèches et se bien garder de les contuser, car alors elles fermenteraient, et l'hydrolat qu'on obtiendrait s'acidifierait et prendrait avec le temps une odeur d'acide valérianique, comme l'a observé notre confrère M. Omer Dabat.

Les hydrolats obtenus des végétaux saumurés ont un arome aussi fort, aussi suave que celui qu'on obtient des plantes cueillies depuis quelques heures ; celui de la rose semble même acquérir une force plus grande. Nous avons conservé des pétales de rose pendant deux années ; l'eau distillée qu'ils ont fournie était comme l'attar des Indiens ou comme cette essence de roses d'Athènes dont parle le jésuite Rapin.

Le sel qui a servi à la conservation des plantes vertes peut être utilisé pour de nouvelles distillations ; il suffit de soumettre le décocté à une forte expression ; de faire évaporer le liquide jusqu'à consistance convenable et, par le repos, de le laisser cristalliser.

STANISLAS MARTIN.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Kyste de l'ovaire gauche, développé simultanément avec la grossesse. — Ponction simple du kyste pour faciliter l'accouchement. — Seize litres et demi de liquide. — Guérison radicale par une seule injection iodée.

Au commencement du mois de décembre 1857, je fus appelé à Saint-Thibéry, commune des environs de Béziers, pour donner mes

soins à la femme Estelle Garenc, bouchère de cette localité, qui souffrait depuis cinq jours des douleurs de l'enfantement, sans pouvoir accoucher.

Je trouvai cette femme en proie à de très-vives souffrances, et, quand je découvris les draps de son lit pour l'examiner, j'aperçus un ventre d'une dimension telle, qu'il mesurait une rotondité quatre fois plus grande que celle d'une femme à terme ordinaire.

Les antécédents de cette malade m'étaient connus; elle était venue, un an auparavant, demander mes conseils pour une tumeur qu'elle portait à la partie inférieure et gauche de l'abdomen, dure, ronde, grosse comme la tête d'un enfant à terme, flottante, peu douloureuse à la pression, existant là depuis deux ans environ, et dans laquelle j'avais diagnostiqué un kyste de l'ovaire gauche. Je m'étais contenté d'attendre. Un mois après, j'avais revu cette femme et j'avais constaté avec étonnement que cette tumeur, stationnaire pendant deux ans, avait pris, dans le court espace d'un mois, un développement tel qu'il était impossible de limiter son contour.

L'accroissement rapide de cette tumeur, coïncidant avec une suppression des menstrues depuis trois mois, me firent présumer une grossesse et j'attendis de nouveau.

Deux mois après, je n'avais plus conçu de doute sur la présence dans la matrice d'un fœtus qui se développait à droite, à mesure que le kyste de l'ovaire prenait des proportions considérables et occupait tout le côté gauche de l'abdomen. J'avais encore résolu d'attendre et de laisser à la nature le soin de dicter ma conduite.

La femme Garenc, quoique souffrante et fortement incommodée par le poids de son abdomen, vaquait encore à ses occupations.

Les choses étaient arrivées en cet état jusqu'à la fin du mois d'octobre. A cette époque, le ventre avait pris un développement tel qu'il ne permettait plus le plus léger mouvement. La femme Garenc se coucha et ne se leva plus jusqu'à son terme.

Le 19 décembre, j'arrivai auprès de la malade. La grosseur du ventre était prodigieuse; la palpation me donna, dans tout le côté gauche de l'abdomen, la sensation manifeste d'un liquide abondant, et, dans le côté droit, je pus assez bien préciser la forme de la matrice. Les mouvements spontanés du fœtus étaient peu sensibles; la mère les percevait néanmoins quelquefois. Depuis cinq jours que le travail s'était déclaré, et à chaque douleur, elle vomissait des matières verdâtres extrêmement amères. Le col de l'utérus était

peu dilaté mais très-dilatable. L'enfant se présentait par le sommet, au détroit supérieur; la poche des eaux était intacte.

Je ne crus pas devoir différer davantage : convaincu que le refoulement de la matrice par le kyste était la cause de ce travail incomplet, aidé de mes confrères, les docteurs Bastard, de Pézénas, et Durand, de Saint-Thibéry, je résolus, au préalable, d'en évaluer le contenu.

Comme j'ai toujours l'habitude de le faire avant d'ouvrir une tumeur quelconque, j'introduisis d'abord un trocart explorateur dans le kyste et, quand j'eus obtenu quelques gouttes d'un liquide visqueux et transparent, je le ponctionnai définitivement avec un trocart à large canule. J'obtins, par cette ponction, seize litres et demi d'un liquide albumineux qui s'écoula sans trop de difficultés en lampant comme de l'huile.

Quand je crus avoir suffisamment désempli la poche, opération que la malade supporta sans la moindre faiblesse, je retirai la canule du trocart et restai dans l'expectative.

Très-peu de temps après, des douleurs plus vives et plus normales se déclarèrent, la poche des eaux se forma, la dilatation se fit, et au bout de dix heures, la femme Garenc accoucha spontanément d'une petite fille bien développée et avec toutes les apparences d'une bonne constitution.

La nouvelle accouchée resta parfaitement calme pendant quinze jours; mais elle ne tarda pas à s'apercevoir que son ventre, que la ponction et l'accouchement avaient désempli, se tuméfiait de nouveau. En effet, le liquide se reproduisit avec une rapidité telle, qu'un mois après, à ma nouvelle visite, je trouvai cette malade presque aussi grosse qu'au moment de ses couches : elle était extrêmement amaigrie, les vomissements verdâtres étaient revenus.

Une nouvelle ponction me donna quinze litres d'un liquide analogue au premier, mais moins visqueux et plus transparent.

Trois semaines après cette deuxième ponction, le liquide était de nouveau reformé; le kyste grossissait à vue d'œil, les vomissements revenaient, l'amaigrissement de la malade allait en augmentant d'une manière effrayante; elle n'avait plus la force de quitter son lit. Je crus ne pas devoir hésiter davantage et je résolus de faire suivre la troisième ponction d'une injection iodée.

Le 1er février 1858, je tirai du kyste environ douze litres de liquide; mais, cette fois, je signalai une différence notable avec le premier. La viscosité avait complétement disparu; je n'obtins qu'un liquide parfaitement incolore, séreux, qui s'écoula avec la plus

grande facilité, et dans lequel l'acide nitrique ne précipita que quelques légers flocons. Enhardi par cette circonstance qui me paraissait favorable au succès de l'opération, j'injectai, par la canule, une solution iodée selon la formule suivante empruntée à M. Boinet :

Teinture d'iode.......	150 grammes.
Iodure de potassium....................	4 grammes.
Eau distillée..........................	150 grammes.

La canule resta bouchée pendant dix minutes, temps que je mis à profit pour tâcher de mettre en contact le liquide avec la totalité de la surface interne du kyste, au moyen de la malaxation du ventre.

Au bout de dix minutes je cherchai, mais en vain, à faire sortir l'injection ; il ne s'écoula qu'une cuillerée environ d'un liquide sans la moindre coloration. J'eus beau presser sur tous les points du ventre, faire incliner la malade en tous sens, déboucher la canule par tous les moyens possibles, aspirer au moyen d'une seringue ; je n'obtins rien que quelques grumeaux de la consistance du lait caillé, et légèrement colorés en brun jaune.

La présence de la totalité de l'injection dans le kyste ne laissait pas que de m'inquiéter. Je craignais une inflammation immodérée, peut-être une rupture du kyste et l'épanchement de l'injection dans la cavité péritonéale ; aussi fus-je très-agréablement surpris le lendemain lorsque j'appris que la malade avait parfaitement reposé pendant la nuit et qu'elle n'éprouvait pas la plus légère douleur.

Les trois premiers jours qui suivirent l'injection se passèrent ainsi sans la moindre réaction. Le quatrième jour, il y eut un peu de fièvre et de chaleur à la peau ; le ventre se tuméfia légèrement et devint sensiblement douloureux. (Cataplasmes émollients, embrocations sédatives sur l'abdomen ; onctions continues avec un liniment chloroformique.) Le cinquième jour, même état, même traitement. Le sixième jour, les douleurs disparaissent ; le ventre renferme une tumeur dure, sensible à la pression, du volume d'un melon.

Quinze jours après je revois ma malade ; il me semble sentir un peu de fluctuation dans la tumeur que je viens de signaler ; une ponction exploratrice n'amène pas la plus légère goutte de liquide. L'état général s'est sensiblement amélioré ; les nuits sont excellentes ; l'appétit revient ; la peau, de terreuse qu'elle était, prend une coloration plus vermeille. La maigreur diminue.

Un mois et demi après l'opération, l'abdomen n'a pas de développement apparent ; on constate, par la palpation, une tumeur dure, du volume du poing. La malade est encore un peu maigre, mais son appétit est excellent ; toutes les fonctions s'exécutent bien.

A cette époque, la femme Garenc perd sa fille, qu'elle avait nourrie jusque-là, malgré ses souffrances et son dépérissement. La suppression du lait donne lieu à un énorme abcès sous l'aisselle droite, qui torture cruellement la malade, mais n'entrave en rien la disparition progressive du kyste.

Aujourd'hui 1er mai, tout est rentré dans l'ordre chez notre malade; elle a repris son embonpoint ordinaire. La guérison est radicale.

— Cette observation m'a paru digne, à tous égards, d'être livrée à la publicité. Il est un fait généralement admis, et que ceci tend singulièrement à corroborer: c'est que la ponction simple du kyste, moyen exclusivement palliatif, est toujours suivie d'une reproduction plus rapide de son contenu. Or, comment supposer une sécrétion anormale aussi considérable, sans la voir compliquée d'un dépérissement proportionnel des forces des malades. La femme Garenc, dans l'espace de deux mois, a vu le contenu de son kyste se reproduire trois fois avec une rapidité de plus en plus grande, et je suis convaincu qu'une temporisation d'un mois eût infailliblement amené la mort.

Chaque observation nouvelle est donc extrêmement importante, comme un argument de plus en faveur de ceux qui veulent qu'on tente toujours cette branche de salut, dans une maladie essentiellement mortelle par elle-même; et quoique les faits de guérison soient déjà nombreux, néanmoins chacun entraîne avec lui son enseignement particulier.

La première considération qui découle de mon fait, je la déduis de l'influence de la grossesse sur le développement de la tumeur.

Ce kyste, resté stationnaire pendant deux ans et qui, dans le court espace de trois mois, prend, sous l'influence du développement simultané de l'utérus, des proportions si remarquables, n'a pu s'hypertrophier ainsi qu'en recevant à cette époque un surcroît de vie par le développement de l'artère ovarique venant d'un tronc commun avec les artères utérines.

Le développement lent des kystes de l'ovaire s'accompagne toujours de l'hypertrophie du réseau artériel de cette partie. Ici les choses me paraissent avoir marché en sens inverse; et l'afflux plus grand du sang vers le kyste, sous l'influence de la grossesse, m'en explique l'accroissement suraigu.

Quoi qu'il en soit de cette explication, il ne faut pas perdre de vue ce fait d'anatomie pathologique que toujours les artères, mères du kyste, se développent proportionnellement à l'hypertrophie de l'o-

vaire, et que plus on se rapproche de ses régions inférieures, plus on rencontre de gros vaisseaux.

Cette considération n'est pas indifférente pour nous fixer sur le lieu d'élection de la ponction, qui doit être faite dans le point le plus fluctuant et vers le milieu du flanc; et toujours, à moins de circonstances particulières, il faut renouveler la ponction où elle a été faite heureusement une fois.

Feu M. le professeur Serres, de Montpellier, de si regrettable mémoire, nous racontait dans sa clinique l'accident arrivé au docteur Balaguier qui, après avoir ponctionné trois ou quatre fois, chez une dame, un kyste de l'ovaire, toujours dans le même endroit, eût la douleur de voir sa malade périr d'hémorrhagie, parce qu'il ponctionna de nouveau le kyste dans un endroit autre que le point habituel.

Il est certain que la ponction de la tumeur, dans un point beaucoup plus rapproché du pli de l'aine, facilite la sortie du liquide et l'écoulement de l'injection. Mais cette circonstance heureuse ne contrebalance pas les dangers auxquels on s'expose.

Le séjour de tout le liquide iodé dans le kyste, qui nous a si fortement préoccupé après l'opération, n'a pas eu le fâcheux résultat auquel nous étions en droit de nous attendre; est-ce à dire pour cela que, dans tous les cas, le liquide conservé en entier ne donnerait pas lieu à des accidents? Ce n'est pas là mon intention; mais toujours est-il que le fait que je signale est de nature à amoindrir les craintes que l'on pourrait concevoir à cet égard et à nous affermir dans l'idée de l'innocuité des effets primitifs d'une injection normalement accomplie.

Je ne comprends pas les praticiens qui s'abstiennent en présence d'une affection qui, tôt ou tard, entraînera leurs malades.

Les kystes de l'ovaire sont, dans la majorité des cas, uniloculaires. Je ne vois pas trop l'importance si grande d'établir, au préalable, un diagnostic précis pour constater leur cloisonnement. Du moment que la ponction est indiquée par le développement exagéré du kyste et les effets fâcheux qu'il détermine, que la paroi du kyste est en contact avec la paroi abdominale, que la fluctuation est évidente, que l'état général est bon, pourquoi s'abstenir?

Si le kyste est uniloculaire, sa déplétion totale l'indiquera; la déplétion complète du ventre et le retrait de la poche sur elle-même en seront un sûr garant; alors, quelle que soit la dimension de la cavité, ses parois, dépourvues d'adhérences, se mettront de tout point en contact avec elles-mêmes, et la sécrétion subite de

lymphe plastique causée par l'iode en déterminera l'adhésion. Que si, au contraire, l'évacuation de la quantité du liquide n'est pas en rapport avec le contenu du kyste, il est probable que la poche est cloisonnée; en ce cas l'évacuation d'une cellule amènera toujours un soulagement momentané de la malade; et si l'injection iodée, pratiquée dans cette section du kyste, en amène le retrait et l'adhésion, on devra traiter les autres poches de la même manière par des ponctions et des injections successives. Dr C. Lacroix.

Médecin adjoint des hôpitaux de Béziers.

BIBLIOGRAPHIE.

Eléments de médecine clinique, par le docteur A. Trumet de Fontarce, ancien interne des hôpitaux de Paris, membre correspondant des Sociétés médicales de Limoges, de Toulouse, de Strasbourg, etc.

Il y a quelque trente ans, M. Rostan publiait, à peu près sous le même titre que M. Trumet de Fontarce, un traité de clinique médicale; mais si l'on veut comparer ces deux ouvrages, on verra sur-le-champ que les couvertures des livres seules se ressemblent : car ils diffèrent essentiellement, et dans le but qu'ils se proposent, et dans la marche que l'un et l'autre auteur suivent pour l'atteindre. Est-ce que la médecine clinique est une chose tellement indéterminée, que, sous cette rubrique, on puisse indifféremment faire ou de la pathologie générale, comme M. Rostan, ou de la pathologie spéciale, comme le jeune et laborieux médecin dont le travail va tout à l'heure nous occuper? Nous ne le saurions penser. Nous n'avons point à rechercher ici pourquoi l'ancien médecin de la Salpêtrière donna à son livre un titre qui ne concorde qu'à moitié avec la manière dont il y envisage la science, mais il nous est permis de nous demander pourquoi M. Trumet de Fontarce a fait ainsi de la pathologie, et de la bonne pathologie, pouvons-nous dire à l'avance, sous prétexte de simple clinique. Or, autant qu'on en peut juger par la manière discrète dont l'auteur se montre à son lecteur dans les quatre pages innommées qui précèdent son ouvrage, nous croyons que c'est par pure modestie, par une défiance excessive de lui-même qu'il a mis au jour un traité de pathologie interne sous le voile de simples éléments de médecine clinique. En faisant ainsi, il a sans doute paru à M. Trumet que son livre ne promettrait que ce qu'il pouvait promettre, à savoir le résultat d'études cliniques laborieuses, poursuivies soit à titre d'élève externe ou interne, soit à titre d'observateur

libre dans les différents hôpitaux de Paris. Les enseignements de pathologie que contient mon livre, pourrait-il dire, ce sont les enseignements des maîtres reproduits, mais reproduits sous la garantie d'une observation clinique attentive et longtemps continuée. Nous acceptons l'excuse; que d'autres, et nous en pourrions citer plus d'un, profitent de la leçon.

Toutefois, tout en passant condamnation sur ce point, nous ne pouvons ne pas laisser au moins pressentir un regret, c'est que M. Trumet n'ait pas au moins placé en avant de son livre une profession de foi quelconque, sous une formule quelconque. C'est une rude besogne pour un critique que d'avoir à parcourir sans boussole, sans guide aucun, deux immenses volumes où la pathologie interne presque tout entière est compendieusement développée; à défaut de ce fil d'Ariane, il faut que ce pauvre *patito dolor* de la fécondité de la presse dévore des centaines de pages pour saisir la méthode de l'auteur, pour pénétrer la doctrine au nom de laquelle il juge les questions fondamentales de la science. Nous parlions, il n'y a qu'un instant, du cours de médecine clinique de M. Rostan: avant d'aborder l'objet même de son ouvrage, tel qu'il le comprend, cet auteur expose, développe, commente, fulgure ses principes philosophiques : ainsi, par exemple, il vous dit carrément, page 5 de ses prolégomènes : « Il n'existe dans la nature que corps et propriétés de corps; ce qui n'est pas corps ou propriété de corps n'est rien. » A la bonne heure! voilà un homme qui se pose nettement, qui ne place point sur son chapeau une cocarde à moitié déteinte et dont on ne sait pas la couleur; et la critique sait tout de suite à qui elle a affaire. Mais quand, au contraire, on entre d'emblée en matière, comme M. Trumet de Fontarce, sans une bribe de préface, d'avant-propos, de prolégomènes, de considérations générales (j'adore les considérations générales), sans un pauvre petit mot, sans une pauvre petite épigraphe, qui laisse au moins percer un vague rayon de la pensée de l'auteur, c'est véritablement terrible... pour la critique. Chacun doit subir la loi de sa destinée : marchons donc sans boussole, puisque nous n'en avons point, et tâchons de ne pas nous égarer.

Le cadre dans lequel M. le docteur Trumet a développé son sujet est très-simple; il a suivi le pur ordre anatomique pour toutes les maladies qui s'y pouvaient naturellement ranger, et a fait une classe à part pour les maladies très-nombreuses aujourd'hui qui échappent à cette classification un peu primitive. Dans un premier chapitre, l'auteur traite des maladies de l'appareil nerveux : là sont

successivement étudiées les maladies des méninges, les apoplexies, l'encéphalite, et les ramollissements cérébraux, cérébelleux, ou spinaux; puis viennent les névroses, dont le tableau ne nous a point paru complet, et enfin les maladies propres aux nerfs, leur inflammation et les névralgies proprement dites. Il suffit de parcourir ce premier cadre des maladies pour voir aussitôt qu'on a en M. Trumet de Fontarce un guide sûr et indépendant. On voit clairement que l'auteur ne porte le joug d'aucune coterie; il peut se tromper sur certaines questions, mais c'est une pure erreur de l'esprit : ces sortes d'erreurs sont moins dangereuses que d'autres; le temps les guérit presque infailliblement.

Dans un second chapitre, M. Trumet s'occupe des maladies de l'appareil locomoteur : ici nous touchons à des questions plus neuves, à des questions dont quelques-unes ne sont posées que d'hier. Aussi l'auteur croit-il devoir ici sortir un peu de son extrême circonspection, et examiner ces questions d'une manière générale. C'est ainsi qu'il émet les idées les plus saines sur la contractilité musculaire et l'irritabilité, sur la faculté de nutrition musculaire, et sur cette propriété musculaire nouvelle, la conscience musculaire, dont les altérations ont été ici surtout fort bien étudiées par MM. Duchenne (de Boulogne) et O. Landry. Ces généralités établies, M. Trumet étudie les diverses paralysies idiopathiques, soit qu'elles se rattachent à l'alcoolisme, à la mercurialisation, à l'hystérisme, au saturnisme (et il a omis ici une cause assez fréquente de cette paralysie, la constitution syphilitique), soit qu'elles dérivent de causes que l'analyse n'a point encore pénétrées. C'est encore dans ce chapitre qu'il étudie l'atrophie musculaire en général, la contracture essentielle, l'atrophie musculaire graisseuse progressive, l'atrophie musculaire simple, la paralysie atrophique graisseuse de l'enfance, l'atrophie et la paralysie du diaphragme, etc. A voir réunies sous une même rubrique tant d'affections différentes, on se prend à regretter que l'auteur se soit soumis, dans son exposition didactique de la pathologie, à un ordre qui entraîne nécessairement une telle confusion. Hâtons-nous toutefois d'ajouter que toujours préoccupé du but qu'il se propose, à savoir la distinction clinique de ces divers états morbides, M. Trumet s'applique là comme partout, avec un soin religieux, à bien faire saisir les différences essentielles qui distinguent les unes des autres ces localisations morbides unies par le siége, mais si profondément séparées par leur nature. Car, ne l'oublions pas, c'est là surtout le but que l'auteur se propose dans son livre marqué au coin d'une science sérieuse et de bon aloi. Il

connaissait l'écueil, mais il l'a affronté, parce que, ainsi qu'il le dit lui-même quelque part : « En étudiant ainsi côte à côte et successivement les maladies d'un même appareil, d'un même organe, les analogies et les différences qui existent entre elles s'éclairent d'une réciproque lumière, l'esprit arrive mieux à saisir l'ensemble des groupes morbides ; et comme, après tout, en clinique, le médecin est surtout exposé à confondre l'une avec l'autre les maladies d'un même organe, tandis qu'il n'a guère occasion d'hésiter, par exemple, entre une lésion du poumon et une affection cérébrale, il en résulte que ce plan est tout au profit du diagnostic ». Ces groupes morbides divers ainsi tour à tour étudiés, M. le docteur Trumet de Fontarce expose, suivant la même méthode et avec le même souci d'éclairer les parties les plus obscures du diagnostic, la double et nombreuse série des maladies de l'appareil respiratoire et de l'appareil de la circulation. Enfin, après avoir traité de la même manière les maladies si variées de l'appareil digestif, en y comprenant ses diverses annexes, celles de l'appareil génito-urinaire dans les deux sexes, l'auteur clôt son travail important par une exposition complète des pyrexies, des maladies septiques et de quelques maladies spéciales qui, telles que le rhumatisme, la goutte, le sclérème, la maladie bronzée ou d'Addison, etc., échappaient nécessairement au cadre dans lequel il a cru devoir développer son travail.

En somme, si, d'après les idées que nous avons plutôt laissé pressentir qu'articulées nettement, en commençant cette analyse, le travail considérable de M. le docteur Trumet n'échappe point à la critique au point de vue didactique et philosophique, nous devons reconnaître hautement, et en même temps qu'un devoir ce nous est un plaisir de le faire, que cet inconvénient est largement compensé par les lumières dont cette méthode éclaire le diagnostic différentiel des maladies. Un jour de rêverie sérieuse, nous avions conçu la pensée d'un *Enchiridion*, d'un *In manus*, où toute maladie eût eu sa brève pathognomonique. Plus la science marche, plus l'analyse pénètre avant dans les phénomènes de la vie morbide, et plus ce projet devient chimérique : c'est qu'à mesure que le champ de l'observation s'étend, et que l'intelligence, couvant les données de l'observation, acquiert plus de notions sur la nature des choses, plus ces *signatures* deviennent illusoires. C'est sans doute ce qu'a senti notre intelligent et savant confrère, et c'est là ce qui l'a conduit à l'élaboration consciencieuse d'une œuvre où cette science souveraine du diagnostic est établie sur les plus larges bases. M. Trumet ne s'est proposé modestement que de faire un livre qui

dirigeât les travailleurs sérieux au milieu des difficultés sans nombre dont est encombrée la science clinique, nous dirons, nous, que, non-seulement il a atteint ce but, mais qu'il a été beaucoup au delà, et que sur plus d'un point de l'immense cercle qu'il a parcouru, sur les maladies de l'utérus, par exemple, son livre est l'abrégé le plus complet de la science.

Que l'auteur nous permette, en finissant, de tempérer cet éloge si explicite par une critique qu'avec un peu plus d'indépendance il eût évitée. Nous sommes convaincu qu'il ne se rattache ni de près ni de loin au système organopathique de M. le professeur Piorri; pourquoi, alors, avoir ajouté aux noms vulgaires traditionnels des maladies les noms de baptême nouveaux que, dans un mauvais rêve, ce savant professeur s'est plu à leur imposer? Laissez là, laissez au milieu des ronces du parterre des racines grecques, les phlébartériosthénosies, les anomocardiosthénies, les euroloïémies, etc. Parlez-nous français, parlez-nous votre bon français, ne fût-ce que par délicatesse de patriotisme.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Nouveaux faits a l'appui de l'emploi du massage, dans le traitement du sclérème des enfants nouveau-nés. — Faire connaître les pratiques utiles, telle est certainement notre première règle de conduite; mais il en est une autre dont nous croyons ne devoir jamais non plus nous départir, c'est de revenir de temps en temps sur ces mêmes pratiques pour les rappeler à l'attention des médecins, pour leur citer de nouveaux faits propres à les encourager à en faire usage. C'est dans ce dernier but que nous rapportons aujourd'hui un certain nombre de cas de nouveaux succès obtenus à l'aide du massage dans le traitement du sclérème par notre honorable confrère M. le docteur Legroux, dont nos lecteurs ont pu lire le travail sur cette question dans l'un des derniers volume du *Bulletin*.

Obs. I. — Au lit n° 25, salle Saint-Pierre, est couchée une femme, J. B..., accouchée le 23 juillet 1856, d'un enfant non à terme (sept mois).

Etat de l'enfant le 24 juillet.—L'enfant est maigre, chétif, d'une faiblesse générale extrême, d'un développement incomplet; les mouvements de ses membres sont très-faibles, très-peu étendus; ses mouvements respiratoires d'une grande faiblesse; son cri est à peine

accentué ; il ne prend pas le sein. Le corps du petit avorton présente une coloration rouge intense presque générale ; cette coloration se rapproche beaucoup du noir aux extrémités inférieures et supérieures. La face dorsale et plantaire des pieds, les mains, les parties génitales, les lèvres, sont de couleur lie de vin foncée. Son corps est froid et dur ; la dureté et la réfrigération sont manifestement plus grandes dans les points qu'occupe la coloration plus foncée : ces parties pressées avec les doigts n'en conservent pas l'impression ; les pulsations de l'artère radiale sont impossibles à noter, les battements du cœur sont à peine perceptibles.

M. Legroux emploie le traitement manuel qu'il a décrit, massage, agitation musculaire, provocation artificielle de la respiration, etc. Sous l'influence de ces manœuvres, les parties deviennent un peu plus souples, un peu moins violacées, si ce n'est aux pieds, où la coloration reste la même, car cet enfant était dur au suprême degré. Le cri de cet enfant semble se réveiller ; très-léger d'abord, il prend en quelques minutes un peu plus de force ; les mouvements d'élévation du thorax sont visibles. — Répétition de cette manœuvre plusieurs fois dans la journée ; l'envelopper de flanelle chaude sans le serrer ; petit bain aromatique ; lui verser dans la bouche quelques cuillerées de lait.

Le 25 juillet. Coloration du corps encore très-rouge ; cependant elle a diminué partout, si ce n'est aux pieds, aux mains et aux lèvres, où elle est à peu de chose près la même que le jour précédent ; mêmes symptômes que le 24, si ce n'est un assoupissement peut-être un peu moins grand. Mêmes opérations que le 24, pendant lesquelles la coloration rouge diminue visiblement ; celle des pieds même paraît moins foncée ; le cri est plus fort que le 24 ; les mouvements thoraciques sont évidents, bien qu'exécutés encore avec lenteur ; la réfrigération est moindre. — Mêmes prescriptions que le 24.

Le 26. La coloration du corps a beaucoup diminué ; les pieds, les mains, les lèvres, sont moins durs, moins violacés ; l'enfant a un cri plus accentué, la respiration commence à se faire ; l'enfant ne tette pas ; la mère, du reste, d'une constitution délabrée, n'a que fort peu de lait. — Mêmes opérations ; M. Legroux lui injecte dans l'estomac, au moyen de la sonde en gomme élastique, environ 100 grammes de lait ; 100 autres grammes lui sont injectés le soir par l'interne du service.

Le 27. La coloration du corps a disparu ; aux pieds, aux mains, elle est notablement diminuée ; chaleur revenue, mouvements res-

piratoires assez amples; état assez satisfaisant de l'enfant, qui exécute bien ses fonctions : il ne prend pas encore le sein. —Injections de lait; mêmes prescriptions et mêmes opérations que précédemment.

Les jours qui suivirent, jusqu'au 14 août, amenèrent une amélioration sensible dans la santé de cet enfant.

Le 30. L'enfant n'avait plus trace de sa coloration violacée; au contraire, il présentait une coloration d'un blanc jaunâtre, les téguments souples, le cri de bonne nature, la chaleur sensible, la respiration bonne. — Toujours les injections de lait, et continuation du traitement des jours précédents.

Le 14 août. Au moment où le succès paraissait certain, l'enfant avait les membres beaucoup plus durs que les jours précédents; il était dans un état de torpeur évidente; teinte ictérique de tout le corps. — Sirop de chicorée, injection de lait; redoublement de soins pour remuer, réchauffer l'enfant.

Le 15. A peu de chose près, le même état. — Mêmes prescriptions.

Les jours suivants, cet état s'améliora; la coloration jaune s'effaça à peu près complétement; les téguments étaient plus souples.

Enfin, le 20, la teinte ictérique avait disparu, ainsi que la dureté, qui existaient depuis le 14. L'enfant exécute bien ses fonctions. La mère, grâce aux soins qui lui furent prodigués, était dans des conditions meilleures; elle présenta le sein à son enfant, qui le prit et parut teter avec assez d'avidité. Soins assidus prodigués et à la mère et à l'enfant.

Du 20 août au 5 septembre, l'enfant alla de mieux en mieux; bon cri, mouvements étendus de la cage thoracique et des membres, chaleur convenable; téguments souples, à l'état normal. Il a pris le sein; embonpoint des plus frappants.

La mère entoure son enfant de soins convenables, le réchauffe, le remue souvent, lui donne à teter, jusqu'au 7 septembre, jour de sa sortie de l'hôpital. A cette époque, l'enfant était dans un état satisfaisant, prenait bien le sein, et il sortit enfin de l'hôpital dans les meilleures conditions pour vivre.

Obs. II. — Au nº 27, salle Saint-Pierre, se trouve une femme accouchée le 31 août d'un enfant non à terme (sept mois et demi).

État de l'enfant le 1er septembre. — L'enfant est maigre, chétif, présente les signes d'une débilité générale très-grande, son cri est à peine accentué, ses mouvements sont très-faibles; sa respiration se fait mal, autant qu'il est possible d'en juger par la presque immobilité

des parois thoraciques ; il ne prend pas le sein. La coloration de la peau est violette, plus foncée aux extrémités du membre qu'aux autres parties du corps ; les membres sont tuméfiés, durs, ne conservent, surtout aux extrémités, en aucune façon, l'impression du doigt ; réfrigération profonde de tout le corps.

Massage, agitation musculaire, gymnastique des membres. Pendant cette opération, le cri de l'enfant, d'abord faible, étouffé, ne tarde pas à devenir plein, les mouvements des membres y succèdent; la couleur violacée semble diminuer à chaque pression. — Répétition de ces opérations plusieurs fois dans la journée; réchauffer l'enfant, le remuer; bain aromatique; lui faire couler dans la bouche quelques cuillerées de lait.

Le 2. Coloration violette du corps moins intense; elle est un peu diminuée aux extrémités; membres plus souples, cri de meilleure nature; il a pris le sein plusieurs fois dans la journée. Mêmes opérations que le premier jour, pendant lesquelles l'enfant crie avec force ; le soulèvement manifeste du thorax annonce une respiration que s'établit. — Mêmes prescriptions.

Le 3. Coloration rouge du corps à peu près disparue, si ce n'est aux pieds et aux mains ; tout en étant moindre que les jours précédents, elle n'est pas encore complétement effacée. La chaleur est revenue, grâce aux bons soins qui lui sont prodigués ; il fait bien ses fonctions et tette bien mieux que les jours précédents. — Mêmes opérations, mêmes prescriptions.

Le 5. Coloration du corps normale ; la couleur violette a disparu aux extrémités ; cri de bonne nature, mouvements des membres revenus ; la respiration se fait bien ; il prend le sein, chaleur revenue. — Mêmes opérations, mêmes prescriptions qu'au 8 septembre, jour de la sortie de la mère de l'hôpital. L'enfant, à cette époque, était dans un état très-satisfaisant ; il faisait bien toutes ses fonctions ; chaleur normale, respiration bonne, embonpoint manifeste.

Enfin nous citerons l'observation de l'enfant couché encore, le 15 juin 1857, au nº 15 de la salle Saint-Pierre, dont nous ne donnerons qu'un abrégé. C'était un enfant né à sept mois, offrant à peu près les mêmes symptômes que ceux qu'a présentés l'enfant qui fait le sujet de l'observation précédente, et chez lequel la méthode de traitement suivie à la salle Saint-Pierre a eu d'excellents résultats, car il est sorti de l'hôpital dans un état très-satisfaisant, après une résolution complète de tous les fâcheux symptômes qu'il présentait.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Amblyopie presbytique des marins. Le docteur H. Taylor, chirurgien de l'hôpital de Liverpool, a eu souvent occasion d'observer un affaiblissement de la vision sur des matelots, survenu après un long séjour dans les régions tropicales; cette amblyopie s'accompagne de mouches volantes, de photopsie, de pesanteur de tête : le docteur Taylor attribue tous ces phénomènes à un trouble de l'accommodation auquel il propose de remédier par l'usage de verres convexes.

M. le docteur Doumic, qui a fait de nombreux voyages maritimes dans l'Archipel grec et sur les côtes de Syrie, d'Égypte et d'Algérie, a souvent aussi observé l'altération de la vision signalée par le docteur Taylor. Il distingue deux éléments : 1° la congestion du sang à la tête, disposition qui est entretenue par l'ardente chaleur du soleil dans ces parages, le régime excitant du bord (alcooliques, tabac, etc.), l'atmosphère saline, etc., et 2° trouble de l'accommodation aussi bien pour les objets distants que rapprochés. Cette diminution de la vision est ordinairement déterminée par les efforts incessants auxquels les yeux sont soumis pendant des heures entières pour distinguer dans l'obscurité les navires ou les obstacles qui pourraient compromettre la sûreté du bâtiment; mais elle était déjà préparée par l'état de congestion céphalique : tel est, du moins, le résultat de l'observation de M. Doumic. Le traitement consiste en laxatifs répétés, et suppression des exercices fatigants des yeux, large visière au soleil. (*Union médicale*, 20 avril 1858.)

Folie (*Bains de pluie prolongés dans le traitement de la*). Les bons résultats obtenus par les pratiques hydrothérapiques, dans le traitement d'un grand nombre de névroses, devaient suggérer à quelques médecins d'établissements d'aliénés d'essayer l'emploi de l'eau froide dans le traitement de la folie. La tentative faite par le docteur Snape, surintendant de la division des hommes, dans l'asile du comté de Surrey, se rattache à l'étude de cette médication ; ce médecin expérimente depuis quatre à cinq ans les bains de pluie prolongés, qu'il fait administrer pendant quinze à vingt minutes ; il affirme que plusieurs malades ont recouvré la raison à l'aide d'un seul bain, et qu'il n'est jamais résulté d'inconvénient de ce mode thérapeutique. Ainsi que le fait remarquer M. Brierre de Boismont, le travail du docteur Snape ne saurait avoir la portée que son auteur lui prête, puisqu'il ne contient qu'une énumération des quatorze faits de guérison qu'il a obtenus, sans indication ni de la forme, ni de l'état d'acuité ou de chronicité de l'affection. Préciser les cas et les indications thérapeutiques est de la première nécessité dans le traitement de la folie comme des autres maladies. Nous nous séparerons toutefois de M. Brierre dans le jugement qu'il porte sur le mode d'action des bains de pluie prolongés; nous ne saurions voir seulement dans l'emploi de ce moyen un agent d'intimidation ; nous rapporterions plus volontiers le changement rapide dans la mauvaise direction des idées des malades à une action sédative puissante, plutôt qu'à une impression morale. (*Jour of mental path.* et *Ann. méd.-psychol.*, avril 1858.)

Luxation *spontanée du cristallin. — Réduction au moyen de l'atropine.* Il existe dans les annales de la science plusieurs exemples de luxation du cristallin, mais nous n'en connaissons aucun dont les signes aient été étudiés avec autant de soin, le diagnostic établi avec autant de précision que dans le fait suivant rapporté par M. le docteur Mahieux ; et, enfin, ce qui en constitue surtout le plus grand intérêt, c'est le bonheur avec lequel notre confrère est parvenu à réduire cette luxation avec l'aide de l'atropine. On excusera la longueur de cette observation, à cause de l'extrême intérêt de tous ses détails.

Un homme de soixante-cinq ans a perdu l'œil droit, il y a vingt ans, à la suite d'une inflammation intense qui s'est terminée par l'évacuation des humeurs de l'œil. L'œil gauche avait conservé l'intégrité de ses fonctions, lorsque tout à coup et sans cause connue, il y a quinze mois, la vision se troubla sensiblement. Cet état dura pendant un an sans modification sensible. Enfin, le 27 novembre dernier, le malade remarqua que la flamme du foyer l'éblouissait, qu'il ne l'entrevoyait que comme une lueur confuse, et qu'aucun objet très-éclairé ne pou-

vait être perçu distinctement. Le lendemain, lorsqu'il fut exposé à tout l'éclat des rayons solaires, il en résulta une cécité absolue. A partir de ce moment, il tomba dans un état très-prononcé de nyctalopie qui ne lui laissait que la faculté très-obtuse d'apercevoir les objets faiblement éclairés, la lumière vive lui enlevant complétement l'usage de la vue. Ce n'est pas tout : même parmi les objets faiblement éclairés, ceux qui étaient placés au bas n'étaient pas aperçus du tout. Au contraire, les objets haut placés étaient les mieux reconnus, et ceux qui n'étaient cachés que sous l'influence d'une lumière très-intense. De plus, il arrivait souvent que des objets assez bien distingués dans une certaine position de la tête disparaissaient complétement derrière un voile noir sous l'influence du moindre mouvement ; et cela était plus particulier aux objets placés en bas. Ce dernier état dura quatre mois et contraignit cet homme, qui était cultivateur, à quitter sa profession. Ce fut alors qu'il alla consulter M. le docteur Mahieux, de Liancourt, qui constata ce qui suit :

La moitié inférieure de la chambre antérieure de l'œil était occupée par une masse de forme irrégulièrement lenticulaire, à bords découpés, opaque, principalement à son centre, et parfaitement mobile. Ce corps était le cristallin, dont le bord supérieur remontait un peu plus haut que le centre de la pupille. C'était lui qui, dans la seconde période de la maladie, se plaçait comme un voile noir au-devant des objets placés en bas, qui, en se déplaçant, cachait complétement des objets qui étaient vus un instant auparavant, et qui, enfin, obstruait totalement le passage des rayons lumineux à travers la pupille contractée sous l'influence d'une vive lumière. C'était aussi le cristallin luxé, qui, par ses mouvements incessants, avait déterminé un état subinflammatoire des membranes extérieures de l'œil et même de l'iris.

Voici comment M. Mahieux pense que les choses ont dû se passer. Le ramollissement du corps vitré a dû précéder les premiers accidents ; la capsule du cristallin s'est rompue sous l'influence d'une cause inappréciable, et la lentille est tombée dans l'humeur de la chambre postérieure, qui lui a fait perdre sa transparence. De là, elle s'est enfoncée par son propre poids dans les couches inférieures du corps vitré, et elle est demeurée là pendant une année entière sans subir de résorption, élevant son bord supérieur jusqu'au niveau du bord inférieur de la pupille, surtout dans son état de dilatation. Un obstacle interposé entre la partie inférieure de la rétine et les rayons lumineux devait cacher la partie la plus élevée des objets, et occasionner cette espèce singulière d'hémiopie, qui ne permettait de voir que la moitié inférieure des objets.

Au point de vue pratique, il y avait lieu de se poser trois questions : fallait-il laisser le cristallin dans cette situation anormale et attendre sa résorption ; fallait-il, au contraire, l'extraire, ou bien enfin le remettre dans sa situation normale, c'est-à-dire en opérer la réduction ? — Il y avait peu de probabilité qu'un cristallin passé depuis quinze mois au sein de l'humeur aqueuse, sans avoir sensiblement diminué de volume, fût disposé à être résorbé. L'extraction ne devait pas être difficile à exécuter, mais cette opération offrait des chances dangereuses chez un homme déjà privé d'un œil et qui y voyait assez pour se conduire. M. Mahieux se détermina, en conséquence, pour la réduction. Voici de quelle manière il y procéda :

Le 15 mars dernier, à la suite de plusieurs instillations de sulfate d'atropine, la dilatation de la pupille s'effectua graduellement en deux ou trois heures, les fonctions de l'iris étant notablement ralenties par l'irritation prolongée dont le contact du cristallin avait été la cause. Le malade resta tout ce temps couché sur le dos. Il fallut de temps en temps imprimer à sa tête des mouvements propres à amener le cristallin au centre de l'iris. On vit peu à peu la lentille s'engager dans l'ouverture pupillaire, puis tomber complétement au sein de la chambre postérieure ; et, quand le malade se leva verticalement, on n'aperçut plus que la partie la plus élevée du cristallin fixée dans l'hémisphère inférieur.

Le lendemain, lorsque l'effet de la belladone sur l'iris fut épuisé, le malade avait recouvré la vue dans toute sa perfection. Le soleil et la lumière vive favorisaient la vision, au lieu de lui nuire ; les objets étaient aperçus aussi nettement en haut qu'en bas ; la coloration des objets est reconnue avec précision, seulement la presbytie est la même qu'au commencement des accidents, et quelques mouches noires s'agitent de temps en temps au-devant de l'œil appliqué à fixer les objets.

Enfin, le 27 mars, la conjonctive a

repris son aspect normal sous l'influence d'un collyre légèrement astringent; les douleurs périorbitaires ont tout à fait disparu; quelques mouches continuent à voltiger; l'iris a conservé son tremblotement, mais la dilatation physiologique s'exécute très-bien; les objets éloignés sont vus distinctement et la lecture est facile. On recommande au malade d'éviter l'inclinaison de la tête en avant, surtout à la lumière obscure. (*Moniteur des Hôpitaux*, avril 1858.)

Ongle incarné *guéri par l'emploi d'une pommade au perchlorure de fer.* Rien de mieux connu que les bons effets obtenus par l'interposition de brins de charpie sèche entre l'ongle incarné et l'ulcération qu'il a produite. Le fait suivant semble prouver qu'on activerait la guérison en étendant sur la charpie un peu de pommade composée de parties égales de perchlorure de fer et d'axonge. Chez une jeune personne affectée de cette lésion, le docteur Alcantra, ne pouvant faire accepter l'extirpation, eut l'idée de faire l'essai de la pommade au perchlorure de fer de la manière suivante : après un bain local, il intercala un brin de charpie enduit de la pommade entre l'ongle et l'excroissance charnue, et recouvrit également de pommade toute la surface de l'orteil dépouillé d'épiderme. Ce pansement fut renouvelé deux fois par jour. Au bout de quatre jours, le bourrelet racorni et momifié se détacha sans effort; bientôt après, la plaie se régularisa et les chairs reprirent leur niveau. La guérison fut complète au huitième jour. Si des résultats semblables se multipliaient, cette application du perchlorure serait une précieuse acquisition pour la pratique, car l'extirpation est un traitement des plus douloureux. (*Annales de Roulers*, 21e livraison.)

Phthisie pulmonaire. *Traitement prophylactique et curatif par un exercice gymnastique particulier.* On a beaucoup préconisé, surtout depuis un certain nombre d'années, comme moyen prophylactique de la phthisie pulmonaire, les exercices gymnastiques que l'on suppose avoir pour effet immédiat de favoriser le développement des muscles thoraciques et l'ampliation de la poitrine, et de rendre ainsi l'inspiration plus facile et plus profonde. Cette pratique est fondée sur cette idée que la cause essentielle de la phthisie pulmonaire consiste dans l'insuffisance de l'inspiration, l'expansion incomplète des cellules pulmonaires, etc. Les individus qui mènent une vie sédentaire et dont l'occupation absorbe l'attention ne respirent que superficiellement; leur poitrine ne se dilate jamais complétement, et d'après une loi générale de l'économie, qui veut que toute partie inutile soit éliminée ou s'atrophie, les muscles, les ligaments se raccourcissent, le volume du thorax demeure réduit, l'insuffisance de l'inspiration devient permanente, le poumon s'atrophie et la tuberculisation se développe. — M. Davis, de New-York, professe cette théorie qui est aussi celle que l'on professe le plus généralement aujourd'hui; mais il n'en tire pas tout à fait les mêmes conséquences pratiques, du moins par rapport à l'influence favorable attribuée aux exercices gymnastiques des extrémités supérieures. Il trouve à ces moyens deux inconvénients; ils s'accompagnent nécessairement, dit-il, d'une amélioration de la circulation, et d'autre part ils fatiguent trop les sujets chez lesquels on les met en usage. Pour éviter ces effets qui ne peuvent manquer, suivant lui, d'être nuisibles, il convient de chercher un expédient capable de dilater le thorax mécaniquement, sans le concours actif des puissances musculaires. Or, cette dilatation purement physique peut être obtenue par la tension des grands pectoraux, en faisant élever les bras et en les fixant dans cette position. En leur faisant supporter tout le poids du corps, on ne met en jeu que l'élasticité musculaire, et on obtient l'avantage que recherchent les asthmatiques, en adoptant une position analogue. Le trapèze, deux anneaux fixés à des cordes, ou bien une simple corde garnie de nœuds suffisent pour cet exercice. Les malades s'y suspendent, les bras élevés, en touchant encore le sol avec la pointe des pieds, s'ils sont très-faibles; plus tard ils s'exercent à élever le corps à l'aide des muscles qui vont du tronc à l'humérus, autant que leurs forces le leur permettent. Ils répètent ces évolutions plusieurs fois par jour, à des demi-heures d'intervalle, et, autant que possible, à l'air libre.

M. Davis rapporte trois observations à l'appui de sa méthode : dans la première, il s'agit d'une dame atteinte de scoliose, qu'on soupçonnait d'être phthisique, et dont la santé était très-délicate; après quatre mois de traitement, elle avait repris de l'appé-

tit et des forces, elle avait gagné en poids 28 livres et la circonférence de la poitrine s'était accrue de 4 pouces. Depuis dix-huit ans elle se porte à merveille.

Une demoiselle de vingt-quatre ans maigrissait et s'affaiblissait depuis six mois. Ses sœurs étaient mortes phthisiques. Pâleur, lassitude, pouls fréquent et petit, respiration superficielle, accélérée, toux. Submatité et faiblesse du bruit respiratoire au sommet des poumons, surtout à droite. Peu d'appétit. Sous l'influence d'exercices au trapèze, tous les phénomènes morbides disparurent, même les signes stéthoscopiques, l'embonpoint revint, et depuis six ans la santé est parfaite.

M. R... souffrait depuis plusieurs années de toux et d'hémoptysies répétées ; son père et six de ses frères ou sœurs avaient succombé à la phthisie pulmonaire. En 1853, il fut obligé de s'aliter ; il avait perdu l'appétit ; fièvre hectique, sueurs noturnes, toux fréquente, poitrine aplatie, etc. Il prit d'abord de la digitale, de la noix vomique et de la morphine, et chaque soir on lui fit des frictions sèches avec de la flanelle. Après quelques jours il put commencer quelques exercices, et bientôt la toux et l'expectoration diminuèrent, il reprit des forces et de l'appétit. Au bout de trois semaines, il renonça à tout médicament, tout en continuant à s'exercer régulièrement ; bientôt il put reprendre ses occupations, et jusqu'à ce jour, quoiqu'il ne soit pas guéri, son état est satisfaisant ; il peut respirer librement sans tousser, son thorax a évidemment gagné en volume, et il a toutes les apparences d'une santé robuste. (*The americ. medic. Monthl.* et *Gaz. hebd. de méd.*, mai 1858.)

Polype fibreux de la matrice. *Arrachement facilité par l'emploi d'un traitement médicamenteux.* Le traitement des polypes en général, et particulièrement des polypes utérins, est essentiellement chirurgical, et la guérison, quand elle n'a pas lieu spontanément (ce qui a été quelquefois observé), ne peut être obtenue que par des moyens qui appartiennent à la médecine opératoire. Ces moyens ne sont pas d'une application très-difficile, quand le corps étranger fait saillie dans le vagin ; mais il n'en est plus de même quand il reste enfermé dans la cavité du corps de l'utérus. Devrait-on dans ce cas attendre du temps et des progrès de la maladie que la tumeur vienne dépasser l'orifice vaginal du col, ainsi que le précepte en a été donné par certains auteurs ? Sans doute on pourrait se décider à ce parti, s'il n'y avait aucun accident pressant et si la santé générale n'était point ou n'était que peu détériorée. Mais il n'en est plus de même dans le cas opposé ; alors il est indiqué de provoquer la réalisation de cette condition qui rend l'opération praticable, à savoir l'engagement du polype à travers le col et sa descente au moins partielle dans le vagin. Voici un cas où ce résultat, obtenu avec un très-heureux succès, montrera le parti qu'on peut tirer de l'emploi préliminaire d'un traitement médicamenteux.

Une dame mariée au moment de la ménopause fut atteinte, deux ans après son mariage, de pertes qui, rares et faibles d'abord, n'avaient pas tardé à devenir inquiétantes par leurs retours fréquents et leur abondance. L'existence d'un polype encore contenu dans la cavité du corps utérin ayant été diagnostiquée par MM. les docteurs Beck, de Saint-Maurice (Valais) et Bezencenet père, ce dernier appelé comme médecin consultant, il fut décidé de remplir les trois indications suivantes : inciser le col, en favoriser la dilatation au moyen de la belladone, amener la contraction du fond et du corps de l'utérus par le seigle ergoté. En conséquence, un spéculum quadrivalve ayant été introduit, une incision presque complète du côté gauche du col fut pratiquée, et à partir de ce moment la malade prit trois fois par jour 8 grains d'ergot en poudre et quatre fois par jour une injection de décoction de belladone (6 gros pour 48 onces d'eau). Au bout de quarante-huit heures environ, le col était dilaté et la tumeur notablement engagée ; les douleurs de reins devenaient de plus en plus vives et rapprochées ; après l'administration d'une dernière dose d'ergot de 12 grains destinée à prévenir les chances d'hémorrhagie, l'opération fut pratiquée. « La malade assise sur le bord de son lit, je portai, dit le docteur Beck, jusqu'au col de la matrice deux doigts de la main gauche qui me servaient à diriger sur le polype de longues pinces à pansement. L'instrument ayant bien saisi le corps étranger, je pratiquai lentement une torsion de trois tours en tirant doucement à moi, ce qui amena au dehors un polype fibreux grand comme les deux tiers de la main. » Les suites de l'opération et le traitement furent très-simples : un peu de douleur dans la

région utérine, écoulement d'abord sanguinolent, puis muco-purulent pendant quelques jours; injections et lavements émollients, repos au lit et régime. Au bout de neuf jours, le col était cicatrisé.

Terminons l'analyse de ce fait intéressant par une remarque que nous exprimerons sous la forme de question. Au lieu d'inciser le col, n'eût-il pas mieux valu en déterminer la dilatation au moyen de l'éponge préparée, suivant la méthode dont Kluge est l'auteur pour l'accouchement prématuré artificiel, et que M. Simpson a employée pour rendre possible l'examen de la cavité du corps de l'utérus? (*Echo médical de Neufchâtel*, février.)

Prurit *de la vulve. Bons effets de l'action topique d'une décoction concentrée d'ellébore blanc.* Cette sorte de prurit est plus souvent le symptôme de quelque affection cutanée, *loco dolenti*, que l'effet d'une simple hyperésthésie. Dans ces cas, la vérification est chose délicate et habituellement difficile à obtenir; aussi le médecin est-il obligé d'agir sans pouvoir baser sa thérapeutique sur la connaissance de la nature des accidents qu'il a à combattre. Cela explique le nombre et la variété des moyens proposés pour triompher de ce tenace accident. Aux agents vulgairement employés, M. le docteur Hartmann vient ajouter l'ellébore blanc. Chez une femme de vingt-cinq ans, mère de trois enfants, en proie à une démangeaison des parties génitales survenue sans cause connue et extrêmement prononcée, ce médecin a obtenu, dit-il, un excellent résultat de l'application d'une décoction concentrée d'ellébore blanc. Quelques heures après les premières applications, le prurit était déjà diminué considérablement, et le lendemain le mal avait entièrement disparu. (*Gencesk. cour.* et *Annales de Roulers*, 21e livraison.)

Ptérygion. *Procédé opératoire par excision et torsion simultanée.* Ce procédé, que M. Caron du Villards met en pratique depuis dix-sept années, s'exécute comme suit : le malade assis sur une chaise, on place entre les paupières l'ophthalmostat de Kelley-Snowden, et saisissant d'une main le ptérygion avec des pinces à griffes multiples, s'emboîtant les unes dans les autres, aussi près que possible de son insertion à la cornée, de l'autre main, armée de ciseaux courbés sur le plat, on incise la base du ptérygion à ras de la pince, à laquelle on imprime ensuite un mouvement de torsion jusqu'à ce que le ptérygion soit complétement décollé. Par ce moyen on évite toute lésion de la cornée et toute cicatrice consécutive, sans nécessité de recourir aux caustiques. Depuis dix-sept années, dit M. Caron du Villards, j'ai employé cette méthode plus de quatre cents fois et je n'ai eu qu'à m'en féliciter. Le chiffre de ces opérations s'explique par la très-grande fréquence de cette affection dans les pays intertropicaux et équatoriaux, où ce chirurgien exerce. (*Ann. d'oculistique.*)

Rhumatisme cérébral. *Indications thérapeutiques.* L'attention des pathologistes a été spécialement appelée dans ces derniers temps, surtout par M. Vigla et par M. Gubler, sur une localisation du rhumatisme que connaissaient nos devanciers, mais qui était bien près d'être niée, si elle ne l'était tout à fait, par un grand nombre de médecins de notre temps. Nous voulons parler de la fluxion rhumatismale qui s'opère vers les organes encéphaliques. Laissant de côté, malgré leur importance que nous sommes loin de méconnaître, les questions théoriques que soulève cette détermination locale du rhumatisme, nos lecteurs nous permettront de nous borner à quelques mots rapides sur les points qui ont un intérêt pratique plus immédiat.

M. Vigla, en raison des faits observés par lui, avait divisé en trois classes les accidents qui peuvent se manifester dans le cours du rhumatisme articulaire aigu (Arch. gén., juillet 1853). D'après les observations de M. Gubler (Arch., mars 1857), et conformément aux assertions de Boerhaave et de Van Swieten, il convient d'en ajouter une quatrième. L'on a ainsi les quatre degrés suivants du rhumatisme cérébral : 1° céphalalgie rhumatismale, de forme congestive; — 2° délire simple, ne laissant à sa suite aucune lésion anatomique (au délire aigu se rattacherait la folie rhumatismale); — 3° méningite et méningo-encéphalite; ce sont les formes les plus tranchées et les plus certaines du rhumatisme cérébral; — 4° apoplexie rhumatismale, caractérisée par un état ataxique brusque et imprévu, bientôt remplacé par un collapsus et un coma mortel.

L'étiologie du rhumatisme cérébral se trouve foncièrement dans la diathèse rhumatismale, dont il est une

pourrait

par

de

qui

par M.

l'

ations

ceres avec

vinaigre ordinaire

topique des

à l'eau-de-vie

vinaigrée :

les incisions

il y a

médica

macie. mai..

VARIÉTÉS.

ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL.

Note sur l'application des connaissances anatomiques et physiologiques de la partie inférieure du petit bassin, à la construction d'un siége nouveau,

Communiquée à l'Académie de médecine par le docteur L. A. Hirtz,
médecin cantonal à Saverne.

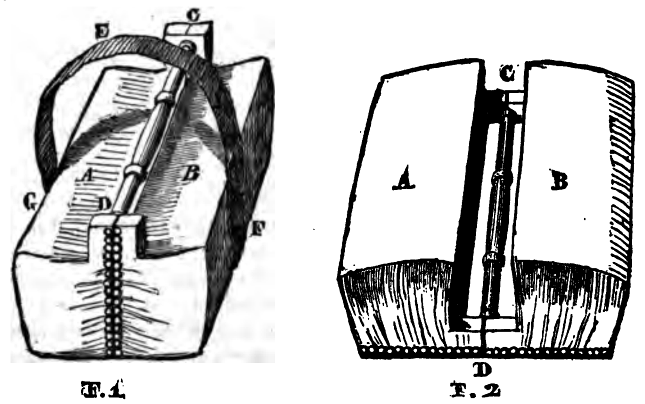
On a dit avec raison que le degré d'importance des organes pouvait se calculer par le nombre des précautions que la nature a prises pour les soustraire à toute compression extérieure. La constitution anatomique du bassin, spécialement celle de la région qui supporte l'homme, quand il est dans la position assise, en est un exemple frappant. En effet, nous voyons d'un côté l'arcade du pubis qui se termine inférieurement et latéralement par les tubérosités de l'ischion, saillies osseuses sur lesquelles porte tout le poids du corps lorsqu'on est assis. Or, c'est dans l'intervalle des piliers de cette arcade du pubis, c'est sous cette voûte osseuse si solide que se trouvent abrités l'anus et son système vasculaire si important : les parties génitales externes (l'urètre, la glande prostate, les vésicules séminales, etc.) ; de l'autre côté, nous remarquons une espèce de gouttière placée entre les fesses, marquée par le raphé et destinée à renouveler l'air dans cette partie.

La disposition de nos siéges ordinaires remplit-elle le but de la nature ? aide-t-elle, tend-elle aux même fins ? Evidemment non ; elle semble au contraire vouloir neutraliser les précautions que la nature a prises dans sa construction si admirable. Ne voyons-nous pas que nos voltaires, nos canapés, nos fauteuils de toute sorte, dont les siéges bombés, bien tendus et chauds, viennent pousser en haut le périnée et toutes les parties qui se trouvent entre les tubérosités de l'ischion et le coccix, soumettent à une compression incessante les organes contenus dans le petit bassin, et tendent à leur faire supporter une partie du poids du corps que la nature a mis tant de soin à leur éviter. On a entrevu ces mauvais résultats, aussi a-t-on cherché à y parer ; mais les coussins ronds, troués au milieu, dont font usage les gens de cabinet, et que tous les voyageurs possèdent, ajoutent encore à ces inconvénients si graves ; la compression directe que leurs bords exercent sur le pourtour de la région périnéale provoque une stase dans la circulation sanguine et aide à la congestion hémorrhoïdaire, au lieu de la prévenir ; en outre, la partie antérieure du coussin, en portant sur l'urètre, y détermine une irritation qui ne tarde pas à gagner les parties profondes, la prostate et la vessie elle-même.

Frappé de ces inconvénients si graves, je me suis mis à l'étude, j'ai fait des recherches, j'ai fait des essais, et, après quelques tâtonnements, je suis parvenu à poser rationnellement et comme une déduction légitime et mathématique des données anatomiques et physiologiques signalées plus haut, je suis arrivé à poser, dis-je, les bases de ce que doit être, dans la majorité des cas, tout siége sur lequel l'homme doit reposer.

Cette chaise est très-simple ; mais, on le sait, c'est toujours ce qu'il y a de plus simple qui est imaginé en dernier lieu ; que fallait-il, en effet ? Deux carrés longs rembourrés A, B, séparés par un espace C un peu moindre que celui qui existe entre les tubérosités de l'ischion, telle est la disposition du

siége nouveau que je viens proposer, et dont j'ai l'honneur de présenter un dessin à l'Académie.



F. 1. F. 2.

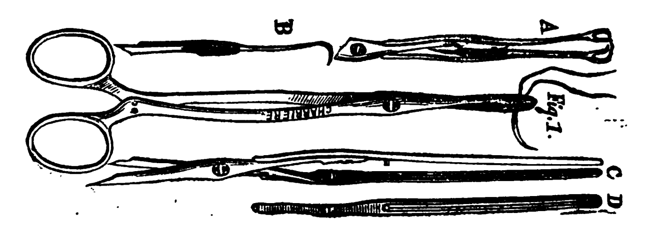
Les applications de ce siége et du principe qui en fait la base sont nombreuses, et ses avantages seront appréciés surtout par les malades affectés des lésions des organes du bassin et de la région périnéale, et par toutes les personnes qui, par leur état, seront obligées de se tenir longtemps dans une position assise.

Note sur un nouveau modèle de bistouris et de trousses.

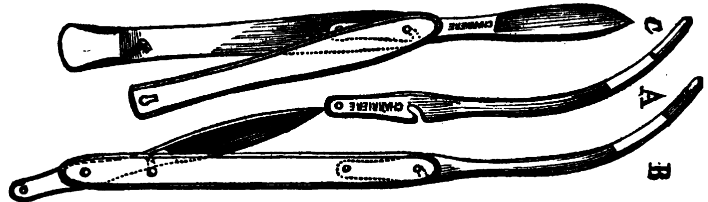
M. J. Charrière a présenté à l'Académie de médecine un nouveau modèle de trousse renfermant, sons un petit volume, une variété très-grande d'instruments.

Il a obtenu ce résultat : 1° en modifiant la fabrication des ciseaux et des pinces, dont les branches peuvent être superposées ; 2° en permettant, par un nouveau système d'articulation des lames avec les manches, de changer les lames des instruments ; 3° en faisant servir de manche à ces instruments ; c'est ainsi que le porte-nitrate sert de manche au trocart ; que la pince à artères allonge le porte-nitrate et permet de conduire le caustique dans les cavités profondes ; que le porte-nitrate, à son tour, allonge la pince à artères et permet de porter très-profondément les pièces de pansement ; que les branches de la pince à anneaux isolés ou assemblés servent de manches à des érignes simples ou doubles, à des pinces de Museux, à des cuvettes porte-caustique, à des pinces œsophagiennes, qu'elles peuvent porter une lame pour faire la trachéotomie et les deux mors d'une pince dilatatrice.

Les différentes pièces qui doivent constituer ces divers instruments s'articulent à tenon sur les mors de la pince à anneaux.



Deux autres communications de M. Charrière ne sont que le développement de la première. L'une est relative à la pince à anneaux, dont les mors sont solidement fermés à l'aide d'un clou situé près des anneaux (la figure 1 représente cet instrument fermé et servant de porte-aiguilles), et aux divers instruments qui peuvent être fixés sur les mors. A représente une pince de Museux ; B une érigne simple; C une pince à phimosis de M. Ricord, ou à pansement des cavités profondes.



L'autre est relative aux bistouris. Il montre l'avantage qui peut résulter de la facilité du montage et du démontage des lames, pour les changer et les nettoyer. Il insiste sur ce point, à savoir : que les lames ne sont plus fixées par des ressorts ni des coulants, mais bien par un simple clou qui pénètre dans un trou creusé *ad hoc* sur la lame et qui s'y trouve fixé par la seule élasticité de la chasse (Voir figure 2); A, lame d'un bistouri herniotome; B, le même, monté sur un manche portant déjà un bistouri pointu demi-ouvert; C, bistouri courbe, chasse tournante demi-ouverte.

M. Charrière annonce à l'Académie qu'il publiera prochainement un catalogue raisonné, avec planches photographiées et portées sur pierres lithographiques.

Berceau incubateur pour les enfants nés avant terme.

Lorsqu'un enfant naît pendant les derniers mois de la vie fœtale, c'est-à-dire avant terme, le médecin se trouve en présence de deux indications : nourrir l'enfant, entretenir sa chaleur. Pour remplir la seconde, M. Denucé, de Bordeaux, propose le berceau suivant, dans lequel il est possible d'entretenir une chaleur constante et d'un degré voulu. Ce berceau est en zinc, à double fond et à double paroi. Qu'on suppose, par exemple, deux baignoires, dont l'une un peu plus petite et placée dans la première, séparée d'elle par un intervalle vide dans lequel il est possible de mettre de l'eau. Ces deux baignoires sont entièrement unies par leur bord supérieur, ce qui complète une cavité close dans laquelle l'eau peut être reçue. Un entonnoir est placé sur le bord supérieur du berceau, un robinet d'évacuation près du bord inférieur. Les couches et les langes sont disposés dans le berceau; le berceau lui-même, pour éviter la déperdition de la chaleur, est enveloppé d'une couverture de laine. On met de l'eau chaude dans l'appareil. Dès lors, à l'aide du thermomètre que l'on place dans le berceau, et en usant de la facilité que l'on a d'ajouter et de retirer de l'eau, on peut établir et entretenir le degré de température que l'on veut avoir dans l'intérieur du berceau. Du reste, avec la précaution indiquée plus haut d'envelopper le berceau de laine, la déperdition de chaleur est peu considérable, et, dans le cas où M. Denucé a employé cet appareil, il suffisait de retirer de l'appareil, toutes les six heures, un demi-litre environ d'eau que l'on remplaçait par un demi-litre d'eau bouillante.

Du traitement de la syphilis constitutionnelle par l'inoculation du virus vaccinal.

Nous recevons de Simphéropol la lettre suivante à laquelle son auteur nous prie de vouloir bien ouvrir nos colonnes :

« Le virus vaccin, si précieux déjà par sa propriété préservative de la variole, est appelé à rendre de nouveaux services à l'humanité. J'ai eu le bonheur de découvrir l'action antisyphilitique de ce virus, action curative et jusqu'à un certain point prophylactique (1). Les résultats détaillés de mes observations sont consignés dans les mémoires présentés par moi à l'Institut de France, à l'Académie impériale de médecine de Paris, à l'Académie impériale des sciences de Saint-Pétersbourg, à l'Académie impériale médico-chirurgicale de Saint-Pétersbourg. Ces mémoires ont pour titre : Du traitement de la syphilis par la vaccination, c'est-à-dire par l'inoculation du virus vaccin. Leur contenu est identique. Je me bornerai ici à exposer, en quelques mots, les principaux résultats de mes observations et expériences. Ainsi, comme je l'ai déjà dit, on peut guérir de la syphilis par la vaccination. Ce n'est pourtant que dans des cas très-rares, lorsque la maladie est très-légère, et encore plus ou moins récente, qu'il suffit d'une seule vaccination. Ordinairement il faut plusieurs vaccinations successives, cinq, six ou même plus, suivant l'intensité et l'ancienneté de la maladie. On conçoit que la disposition individuelle peut aussi influer sur le nombre nécessaire des vaccinations. Mais si, dans quelques cas, il fallait aller même jusqu'à dix ou douze vaccinations successives, en faisant chaque fois dix ou douze piqûres, serait-ce trop pour guérir une maladie ancienne, intense, rebelle aux traitements ordinaires?... Les vaccinations doivent être successives, c'est-à-dire qu'il faut laisser agir quelque temps le virus vaccin d'abord inoculé, puis en inoculer du nouveau. L'intervalle qu'il me paraît le plus convenable de laisser écouler entre les vaccinations est une semaine. Le nombre des piqûres à chaque vaccination dépend nécessairement de la quantité de virus vaccin dont on dispose; mais je pense que plus on fait de piqûres et plus on y dépose de virus, mieux cela sera. Mais la condition principale, à laquelle on doit surtout faire attention, condition *sine quâ non*, c'est la fraîcheur, l'énergie, en un mot, la bonne qualité du virus. En agissant comme je l'ai dit, on voit se dissiper promptement tous les symptômes de la syphilis primitive et constitutionnelle : urétrites et vaginites, chancres, bubons, excroissances et végétations diverses, pustules, papules et, en général, toutes les variétés de syphilides. De tous ces symptômes, les excroissances et végétations se dissipent le plus et les pustules et papules le moins promptement; c'est au moins ce qui a eu lieu dans les cas par moi observés. La disparition complète des symptômes s'effectue par la vaccination seule, sans l'emploi d'aucun remède interne ou externe, pas même de lavages à l'eau, et sans aucune diète. Certes, par suite de la nouveauté de la méthode, il est encore impossible de savoir si le virus syphilitique est entièrement détruit dans l'économie par ce traitement, ou si les accidents reparaîtront après un temps plus ou moins long. Il y a lieu pourtant d'espérer que, par un traitement continu et suffisamment prolongé, on peut non-seulement

---

(1) Cette prophylaxie est loin d'être absolue (l'organisme paraît seulement devenir moins apte à contracter la syphilis, surtout la syphilis constitutionnelle) et elle n'est pas durable. Mais on conçoit que tant que dure l'action curative, la prophylaxie existe nécessairement.

guérir les symptômes, mais encore anéantir complétement le principe du mal. En tout cas, de ce qu'on ne peut pas prévoir avec une précision mathématique tout ce qui arrivera plus tard, il ne s'ensuit pas qu'on ne doive pas employer une méthode qui fournit de si heureux résultats, d'autant plus qu'on ne peut pas lui faire les reproches qu'on a adressés à la syphilisation, avec laquelle il ne faut nullement la confondre. Convaincu de la véritable utilité de cette méthode, et désirant en répandre la connaissance et l'application le plus promptement possible, je me suis décidé à faire, indépendamment des mémoires détaillés dont il a été parlé plus haut, cette communication aux médecins les plus renommés, dans l'espoir qu'ils voudront bien vérifier expérimentalement les faits par moi annoncés et dans la persuasion qu'ils reconnaîtront leur justesse s'ils expérimentent. Je m'adresse à eux dans l'intérêt de la science et de l'humanité. »

Justin Lukowski,
Lieutenant capitaine du corps des forestiers.

M. le professeur Serres vient de présenter à l'Académie des sciences son rapport sur le concours Bréant. Nous en extrayons les passages suivants :

« Se pénétrant tout à la fois de la haute mission qui lui était confiée et des volontés du testateur, la section de médecine et de chirurgie a demandé que le spécifique du choléra, dont la découverte fait l'objet du concours, guérisse cette affection d'une manière aussi sûre que le quinquina guérit les fièvres intermittentes.

« Elle a pensé également que les vœux du testateur seraient accomplis si, dans la recherche des causes, on était conduit à une prophylaxie évidente du choléra, analogue à celle de la variole par la vaccine.

« Depuis le 20 novembre 1854, époque du dernier rapport sur ce concours, jusqu'au 1er mai 1858, l'Académie a reçu et renvoyé à la section cent cinquante-trois mémoires ou communications.

« Dans ce grand nombre de mémoires, deux seulement montrent que leurs auteurs ont bien compris le véritable but de ce concours, en s'attachant à indiquer des moyens spécifiques pour la guérison du choléra.

« Le premier de ces mémoires est intitulé : « Sur le traitement du choléra asiatique, des fièvres typhoïdes, et de quelques autres maladies aiguës par l'inoculation de la matière variolique ; » par le médecin en chef de l'hôpital de Smolensk.

« Dans l'état où ce travail lui est présenté, la section n'a pas cru devoir le prendre en considération.

« Il en est de même du mémoire de M. Ayre sur le traitement du choléra par le calomel ou protochlorure de mercure.

« Quoique l'auteur joigne à sa propre expérience celle de plusieurs autres médecins qui ont adopté cette médication avec un succès égal à celui qu'il avait obtenu, il s'en faut de beaucoup, cependant, que l'ensemble de ces résultats ait porté la conviction dans l'esprit des membres de la section de médecine et de chirurgie.

« Comme on le voit, la section de médecine et de chirurgie vient encore déclarer à l'Académie qu'aucune des conditions du concours Bréant n'a été remplie dans les très-nombreuses communications qu'elle a reçues sur le choléra asiatique. »

Afin de maintenir les concurrents dans les limites de ces conditions, elle

croit devoir rappeler que pour remporter le prix de 100,000 francs, il faudra :

1° Trouver une médication qui guérisse le choléra asiatique dans l'immense majorité des cas, ou indiquer d'une manière incontestable les causes du choléra asiatique de façon qu'en amenant la suppression de ces causes, on fasse cesser l'épidémie, ou bien découvrir une prophylaxie certaine et aussi évidente que l'est, par exemple, celle de la vaccine pour la variole ;

2° Pour obtenir le prix annuel de 5,000 francs, il faudra, par des procédés rigoureux, avoir démontré dans l'atmosphère l'existence de matières pouvant jouer un rôle dans la production ou la propagation des maladies épidémiques.

Enfin, dans le cas où les conditions précédentes n'auraient pas été remplies, le prix annuel de 5,000 francs pourra, aux termes du testament, être accordé à celui qui aura trouvé le moyen de guérir radicalement les dartres ou qui aura éclairé leur étiologie.

La Commission de l'Académie des sciences, chargée de l'examen des pièces admises au concours pour les prix de médecine et de chirurgie, se compose de MM. Velpeau, Rayer, Andral, Cl. Bernard, Serres, J. Cloquet, Jobert (de Lamballe), Duméril et Flourens.

L'Académie de médecine vient de procéder à l'election d'un nouveau membre associé : M. Cap, ancien pharmacien à Paris, a été nommé par 35 suffrages contre 14 donnés à notre savant confrère M. Léon Dufour, qui avait été placé en première ligne sur la liste de présentation. — Dans cette même séance, le concours pour le *prix Amussat* a été déclaré ouvert; nous en avons publié trop récemment les conditions pour devoir les rappeler de nouveau.

Par décret du 22 mai, M. le professeur Denonvilliers est délégué, jusqu'à nouvel ordre, dans les fonctions d'inspecteur général de l'enseignement supérieur de l'ordre de la médecine, en remplacement de M. le professeur Bérard, empêché par maladie.

La mort de M. Ph. Boyer vient de donner lieu aux mutations suivantes : M. Robert passe à l'Hôtel-Dieu, M. Malgaigne à Beaujon, M. Richet à Saint-Louis, M. Morel-Lavallée à Saint-Antoine, et M. Alph. Guérin à Lourcine.

MM. Morin et Méhu, pharmaciens des hôpitaux nommés au dernier concours, sont attachés, le premier à Lourcine, le second à l'hôpital du Midi.

M. le professeur Chomel a fait don à l'Association générale des médecins de la Seine d'une somme de 200 francs de rente annuelle et perpétuelle sur l'Etat.

M. Bertherand, professeur suppléant à l'Ecole préparatoire de Lille, est nommé professeur adjoint de clinique médicale à ladite école.

Un des honorables représentants de la presse médicale parisienne, M. Lucas Championnière, rédacteur en chef et fondateur du Journal de médecine et de chirurgie pratiques, vient de succomber à une courte maladie.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE.

Note sur le traitement de quelques accidents de la syphilis constitutionnelle (1).

Par le docteur Hervieux, médecin du Bureau central des hôpitaux.

Je ne dissimulerai pas le peu de confiance que m'inspira tout d'abord l'emploi du vésicatoire comme traitement des affections cutanées syphilitiques. A ne considérer, en effet, que l'analogie, il était naturel de penser que le moyen qui, par sa présence, donne souvent lieu à un grand nombre d'éruptions cutanées circonvoisines, devait bien plutôt exalter que tempérer la tendance éruptive. Il semblait aussi que l'application de ces topiques devait ajouter un nouvel élément d'irritation à l'irritation tégumentaire existante. Voilà donc avec quelles préventions j'ai tenté l'emploi des vésicatoires dans le traitement des syphilides, et j'avoue que, n'était la foi robuste que m'inspirent l'expérience et le savoir d'un homme aussi distingué que M. Cullerier, je n'aurais pas eu recours à ce genre de médication.

Le nombre des cas de syphilides que j'ai soumis à l'action des vésicatoires ne s'élève pas à plus de dix, mais ils m'ont paru si concluants que je n'hésite pas à ranger ce topique parmi les modificateurs les plus énergiques de l'affection dont il s'agit.

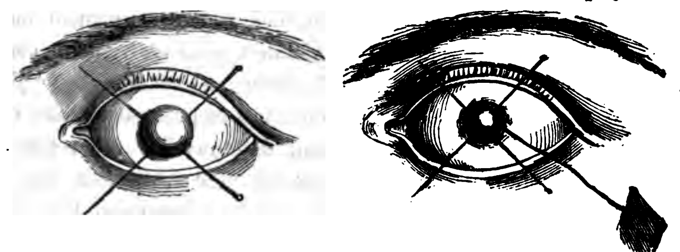
Si l'on consulte les auteurs qui ont écrit sur le traitement des syphilides, on voit qu'une observation attentive a singulièrement réduit le nombre des agents par lesquels on combat cet ordre d'accidents.

Les pommades et les divers onguents mercuriels ou non, qui tiennent une si large place dans les formulaires des anciens syphiliographes, sont généralement abandonnés. Les cataplasmes et les lotions émollientes ne sont applicables que dans un nombre très-limité de cas. Restent les bains. Or, les seuls que l'on emploie avec quelque avantage sont les bains de vapeur, et beaucoup plus rarement les bains de sublimé. Je n'ai pas une assez longue expérience de leur emploi pour me prononcer sur leur valeur thérapeutique en ce qui concerne les syphilides. Je les considère comme des agents utiles et doués d'une efficacité incontestable. Mais leurs propriétés curatives ne sont pas, que je sache, rigoureusement établies, et, d'ailleurs, je suis en mesure d'affirmer qu'ils ne réussissent pas dans certaines variétés de syphilides à l'égard desquelles les vésicatoires m'ont paru avoir un plein succès.

(1) Fin. — Voir la livraison du 30 mai dernier, p. 441.

tour, de consulter les maîtres de l'ancienne chirurgie; elle trouve dans leurs œuvres quelques indications d'une opération abandonnée sans motifs, et souvent, après avoir travaillé dans le sens de ces indications, elle finit par obtenir un résultat satisfaisant, que tous les autres procédés étaient impuissants à donner. Chose curieuse, ce regard vers l'antiquité constitue un véritable progrès ; c'est ainsi que l'oblitération du sac lacrymal par le fer rouge, opération usitée par Celse, décrite par Paul d'Egine, puis longtemps abandonnée, et enfin étudiée de nouveau et modifiée par M. Desmarres, adoptée par la plupart des chirurgiens anglais et allemands (M. de Grœfe surtout), semble devoir remplacer tous les autres modes de traitement de la tumeur et de la fistule lacrymale.

Le docteur Borelli, de Turin, considérant les désavantages, les dangers même de tous les moyens chirurgicaux actuellement usités contre le staphylôme cornéen, eut l'ingénieuse idée de recourir au procédé de Celse, mais en y apportant quelques modifications, c'est-à-dire à la ligature modifiée. Les résultats obtenus par ce procédé ont été consignés dans une note que M. Borelli est venu lire devant le Congrès d'ophthalmologie de Bruxelles, dans la séance du 16 septembre 1857. Celse traversait la base du staphylôme par une aiguille armée d'un double fil, puis, réunissant de chaque côté les extrémités de chaque fil, il étranglait chaque moitié de la tumeur dans une anse de fil : c'est d'abord ce procédé qu'essaya M. Borelli ; mais l'anse de fil, n'ayant pas une prise suffisante sur le staphylôme,



(Fig. 1.) (Fig. 2.)

glissait insensiblement et l'opération était manquée ; le chirurgien de Turin y substitua donc le procédé suivant : la base de la tumeur est traversée par deux épingles (d'entomologie) qui se croisent en X (fig. 1), et dont les quatre extrémités forment ainsi une étoile à quatre branches ; en arrière de ces épingles est portée la ligature, un cordonnet de soie de force moyenne, qui fait le tour complet de la base de la tumeur ; on le serre sur les épingles, on fait un double nœud, on entortille ensemble les deux bouts du fil, et on les fixe sur

la joue avec un morceau de diachylon ou une goutte de collodion (fig. 2). L'opération terminée, on garnit les épingles pour garantir les paupières, et on recouvre le tout d'un plumasseau de charpie enduit de cérat et d'une compresse.

Au dire de M. Borelli, la ligature du staphylôme n'est pas très-douloureuse, et la réaction qui suit cette opération est insignifiante : en levant l'appareil, vers le troisième ou le quatrième jour, on trouve généralement la portion étranglée du staphylôme complétement détachée ; on applique de nouveau un pansement simple, qu'on renouvelle toutes les vingt-quatre heures. L'inflammation qui résulte de cette ligature n'est jamais grave ; elle se borne ordinairement à produire un épanchement de lymphe plastique qui recouvre les tissus dénudés sur lesquels elle s'organise et constitue une cicatrice solide. Cette cicatrisation, du reste, est très-prompte : en huit jours elle est complète, et cela se comprend facilement, si l'on songe que la ligature, tout en divisant le collet de l'étranglement sur lequel elle a porté, rapproche et maintient presque au contact les parties situées immédiatement en arrière de l'étranglement, en même temps que la lymphe plastique est déposée.

Un phénomène très-curieux à noter dans l'emploi de la ligature pour le traitement du staphylôme, c'est « que la portion de la cornée comprise entre la sclérotique et le fil se laisse distendre par l'étranglement qui s'opère sur la base du staphylôme, dans des proportions considérables, et va presque jusqu'à doubler sa largeur si l'étranglement embrasse une large portion du staphylôme. »

Voici un fait tiré de la pratique de M. Borelli : c'est celui d'une jeune fille de onze ans, qui portait à l'œil gauche un staphylôme



(Fig. 3.)

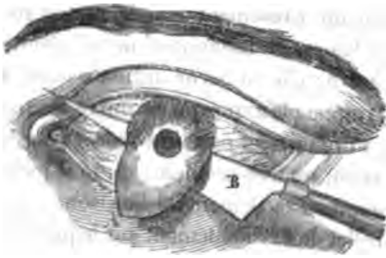


(Fig. 4.)

considérable : les figures 3 et 4 font voir la grande portion de cornée restée diaphane après l'opération d'un staphylôme occupant les deux tiers inférieurs de l'œil, et en même temps un staphylôme large et très-protubérant réduit à un simple leucôme.

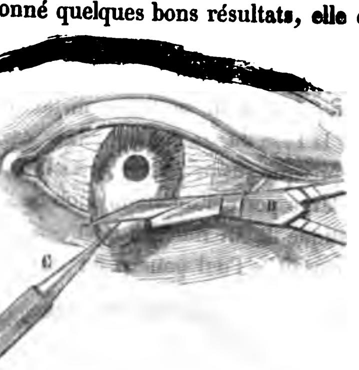
On comprendra facilement quelle supériorité cette singulière extension de la cornée donne à la ligature du staphylôme sur les autres

procédés usités jusqu'ici. La rescision, l'excision, l'amputation du staphylôme ont toujours pour résultat une inflammation purulente qui amène souvent l'affaissement du globe, lorsque cet accident n'a pas été le résultat immédiat de l'opération ; il n'est même pas rare de voir un phlegmon oculaire survenir et la mort être la conséquence de la propagation de l'inflammation au cerveau. Ajoutons enfin que souvent, à la suite de l'ablation d'un staphylôme irido-cornéen, il survient une hémorrhagie dont quelquefois on se rend très-difficilement maître.



(Fig. 5.)

Une modification du procédé général d'excision du staphylôme a été imaginée d'une façon très-ingénieuse par le docteur Al. Quadri ; elle consiste à enlever la portion staphylomateuse de la cornée, et à ramener les lèvres de la plaie cornéenne au contact (¹). Bien que cette opération ait donné quelques bons résultats, elle est fort peu usitée ; c'est à l'amputation du staphylôme qu'on a généralement recours, et très-souvent le résultat est très-fâcheux : hémorrhagie, fonte du globe, impossibilité de la prothèse, etc.



(Fig. 6.)

Non-seulement la ligature, telle que la propose le docteur Borelli, évite tous ces accidents, mais elle offre encore cet immense avantage de donner à un œil atteint de staphylôme partiel étendu, comprenant les deux tiers de la cornée, par exemple, toutes les chances possibles d'une restauration parfaite de la vision par une opération de pupille artificielle : tel est le résultat que donne la ligature dans le même cas où invariablement toute autre opération, réussissant aussi bien que possible, aurait tout au plus donné un moignon convenable pour une pièce artificielle.

(¹) Voir, pour la description du procédé opératoire, le *Bulletin de Thérapeutique*, t. XLIX, p. 188. Les gravures n'ayant pu être terminées à temps pour accompagner notre analyse, nous les reproduisons ici. (*Note du Rédacteur.*)

L'appel fait par le docteur Borelli à l'expérimentation de ses collègues n'a pas été longtemps avant de porter ses fruits : les avantages signalés que la ligature modifiée avait donnés entre les mains de son auteur étaient bien de nature à encourager les chirurgiens à appliquer et à étudier ce nouveau procédé opératoire, et bientôt deux membres du Congrès ophthalmologique, MM. Ancelon et Guépin, qui avaient assisté à la lecture de la note de M. Borelli, ont trouvé dans leur pratique l'occasion d'expérimenter le nouveau procédé du chirurgien de Turin.

Le sujet de l'observation de M. Guépin est une femme de quarante ans, atteinte d'un staphylôme volumineux intéressant à la fois la cornée, la sclérotique, une partie du corps ciliaire et de la choroïde : l'instrument tranchant aurait certainement produit, dans ce cas, une hémorrhagie considérable ; la ligature est appliquée sur la base du staphylôme ; elle est suivie, le premier jour, de douleurs excessives (il faut se rappeler qu'ici l'iris et la choroïde étaient compris dans l'anse de fil) qui disparaissent dès le deuxième jour ; le cinquième jour, l'escarre tombe, il n'y a aucun accident, et, le douzième jour, l'œil se trouve dans de telles conditions, que M. Guépin songe à pratiquer une pupille artificielle.

Le fait de M. Ancelon est plus curieux encore, en ce sens que la vision a été rétablie d'emblée par la ligature du staphylôme; le malade, âgé de trente-trois ans, portait un staphylôme saillant de 12 millimètres et intéressant les deux tiers inférieurs de la cornée; le tiers supérieur est sain, mais sa direction presque horizontale empêche complétement les rayons lumineux de pénétrer dans la pupille; la ligature par la méthode de M. Borelli est appliquée le 26 mars ; trois jours après, le staphylôme était détaché du globe, la plaie de la cornée, très-petite, avait bon aspect. Il survient une conjonctivite assez intense, qui cependant cède assez promptement, et, le 22 avril, « la cornée, revenue à sa convexité normale, n'offre de particulier qu'un albugo assez épais au point où a porté la ligature, et *l'œil a repris ses fonctions.* » Cette dernière expression est bien vague et laisse beaucoup à désirer.

Néanmoins, de semblables résultats obtenus dans une maladie contre laquelle les chirurgiens étaient jusqu'ici complétement désarmés, ne tarderont pas, nous l'espérons, à convertir nos confrères et à faire généralement adopter l'ingénieuse opération de M. Borelli. L'intérêt capital de cette méthode repose principalement sur ces deux points :

1° Toute espèce de staphylôme opaque peut être soumis à la

ligature, dans le but de conserver tout entier le globe oculaire.

2° Dans le cas de staphylôme partiel, la ligature, en rétablissant la direction de la portion de cornée restée diaphane autour du staphylôme, peut en étendre de beaucoup le champ ou la largeur, en vertu de l'extensibilité spéciale dont elle est douée, et par là mettre l'œil dans des conditions telles qu'il puisse être soumis à une opération ayant pour but de rétablir la vue.

Il est toutefois de notre devoir d'appeler l'attention du praticien sur une complication possible de cette opération. M. Borelli déclare que la ligature du staphylôme est très-peu douloureuse, et que la cicatrisation est complète au bout d'une dizaine ou d'une douzaine de jours. Cependant la ligature a été très-douloureuse chez le malade de M. Guépin, et nous croyons que l'élément douleur se retrouvera souvent dans l'application de la ligature, les nerfs ciliaires étant fortement tiraillés au niveau de l'étranglement, ainsi que l'iris et la cornée. Enfin, il ne nous semble pas impossible que, chez un certain nombre de sujets, la section de la portion étranglée s'ulcère et vienne à suppurer. Les faits cités jusqu'ici, bien que très-favorables à la ligature, ne sont pas en nombre suffisant pour que l'on puisse s'en faire une opinion exacte; il n'en est pas moins vrai que c'est une méthode fort curieuse et qui promet d'excellents résultats. Dr A. Doumic.

Du pied plat valgus douloureux (¹).

CLINIQUE CHIRURGICALE DE M. BONNET (DE LYON).

Par M. le docteur Delore, ancien chef de la clinique chirurgicale.

3° *Pieds plats valgus douloureux, avec altération des surfaces articulaires et affections rhumatismales.*

Obs. V. *Pied plat valgus douloureux double.— Rétraction des extenseurs communs, des péroniers antérieurs et latéraux.— Renversement du pied sur son bord interne. — Déviation en dehors de l'avant-pied. — Subluxation astragalo-scaphoïdienne. — Mouvement d'adduction presque nul. — Station et marche difficiles. — Section des tendons rétractés. — Réduction de l'avant-pied. — Traitement mécanique consécutif; guérison complète d'un côté.* — Joseph Vernay, journalier, âgé de dix-sept ans, entre dans les salles de la clinique de l'Hôtel-Dieu, le 2 janvier 1855, il y a trois ans; les ganglions présentèrent un début d'engorgement strumeux. Depuis un an, sans cause connue, il éprouve des difficultés dans la marche, et des souffrances dans les pieds, surtout quant il fait le moindre faux pas, ou que la plante du pied appuie sur une pierre; de plus, il s'aperçoit que ses pieds s'aplatissent, se renversent en dehors, et qu'une saillie apparaît sur leur bord interne. La déviation commença du côté droit et affecta bientôt le côté gauche.

(¹) Fin. — Voir la livraison précédente, p. 489.

Actuellement il est dans l'état suivant : — *Muscles*. Les péroniers et les extenseurs sont contracturés; le tibial antérieur est tendu. — *Os*. Le calcanéum est déjeté en dehors, de telle sorte qu'il déborde dans ce sens un plan vertical passant par la malléole externe. La malléole interne est très-proéminente, le scaphoïde fait une saillie considérable, de façon que le bord interne est convexe et moins élevé que le bord externe ; la voûte plantaire et la convexité dorsale sont détruites. Les orteils sont redressés. — *Mouvements*. Les mouvements volontaires ou communiqués sont peu étendus, surtout l'adduction et la rotation en dedans. Les talons se présentent toujours les premiers à terre, quand la marche s'exécute. L'opération est pratiquée le 8 janvier. Aux deux pieds on coupe les péroniers latéraux au-dessous des malléoles, et, par une deuxième piqûre, le jambier antérieur, les extenseurs des orteils et le péronier antérieur. Une hémorrhagie abondante a lieu, et les pieds reviennent à leur position naturelle. Il y a des craquements lorsqu'on fait frotter les surfaces articulaires les unes sur les autres.

Application immédiate du bandage amidonné.

Le 18 janvier, on enlève le bandage. Le pied gauche va très-bien, mais le pied droit ne se fléchit qu'incomplétement sur la jambe, et les orteils ne peuvent se relever. Second bandage amidonné en position fléchie du pied.

Le 5 mars. Dès que le malade marche, ses pieds se tuméfient rapidement, surtout le droit. Ses orteils s'écartent aisément par l'action des interosseux, mais ils ne peuvent se relever. La flexion du pied est fort limitée. Il paraît que les extenseurs ne se sont pas réunis après la section sous-cutanée. La sensibilité est conservée intacte.

Quand ce jeune homme marche, il relève bien la pointe du pied gauche, mais non celle du pied droit. Le malade lance alors la jambe droite en avant, pour éviter que la pointe du pied ne touche le sol ; c'est à cette condition qu'il parvient à le poser à plat.

Le 7 mai. Il sort avec une chaussette qui remonte jusqu'au genou; à sa partie supérieure est fixée une forte lame de caoutchouc, se terminant par une courroie qui passe dans un anneau de cuir situé en avant de l'articulation tibio-tarsienne ; elle va se terminer en avant de la chaussette. Cet appareil, dont M. Barrier eut l'idée, a pour but de remplacer le jambier antérieur et les extenseurs ; grâce à lui la marche est plus facile et le pied tombe fort peu.

Chez lui, grâce à l'emploi répété des machines de mouvement, aux frictions, le pied gauche fut complétement guéri, et, si la section sous-cutanée des tendons extenseurs s'était cicatrisée régulièrement, le résultat eût été remarquable.

Obs. VI. *Rhumatisme goutteux fixé dans les deux pieds. — Pied plat valgus douloureux double. — Traitement hydrothérapique. — Opération. — Appareils de mouvement. — Tuteurs. — Guérison complète.* — Le traitement du sujet de cette observation remonte à une époque déjà éloignée, à 1845. M. Ch., marchand de vin à Tournon, était sujet, depuis plus de dix années, à des accès de goutte, qui se faisaient sentir sur plusieurs articulations, mais spécialement sur les deux pieds. Depuis cinq ans environ, il éprouvait une difficulté constante dans la marche, et, par une aggravation progressive, il était arrivé, depuis un an, à ne marcher qu'à l'aide de deux cannes, péniblement, les pointes des pieds écartées, sans solidité et avec douleur. Les pieds avaient subi tou-

avec des appareils de mouvement qui meuvent les pieds dans divers sens, surtout dans le sens de la rotation en dedans.

Le 7 février, le pied gauche étant moins bien redressé que l'autre, on coupe de nouveau les péroniers latéraux. Quelques jours après on le remet aux mécaniques de mouvement, et, dans l'intervalle de ces exercices, Charles Darbigeau porte des souliers tuteurs, qui se relient à deux tiges d'acier solidement fixées aux jambes. Un levier matelassé repousse en dehors la saillie scaphoïdienne, au moyen d'un ingénieux mécanisme inventé par M. Blanc.

Il quitte la salle le 25 février, marchant assez bien avec ses appareils; ses pieds, surtout le pied droit, ont à peu près recouvré la perfection des formes.

J'ai revu ce malade le 19 mai 1857. Il dit marcher un peu mieux qu'avant son entrée à l'Hôtel-Dieu. Le pied gauche est encore assez déformé. Il porte ses appareils d'une façon peu régulière. Il est content du résultat.

Dans ce cas fort compliqué, la rupture des ankyloses a dû être faite au moment de l'opération, et plusieurs fois répétée depuis. Les résultats eussent été plus satisfaisants, si le sujet se fût mieux prêté aux exigences d'un traitement si difficile.

CHIMIE ET PHARMACIE.

Formule d'un nouvel élixir de pepsine.

Par M. MIALHE.

Depuis que, grâce aux persévérantes recherches de M. le docteur Lucien Corvisart, la pepsine est entrée dans le domaine de la thérapeutique, on a proposé un certain nombre de formules qui ne paraissent pas de nature à remplacer avantageusement les premières préparations publiées par M. Corvisart lui-même. On sait que M. Corvisart administre la pepsine soit en nature, c'est-à-dire sous forme pulvérulente, mélangée à l'amidon, poudre inerte propre à en assurer la conservation, soit en dissolution mêlée au sirop de cerises ou à l'élixir de Garus.

Ces diverses préparations sont certainement les plus aptes à déterminer entre le bol alimentaire et le ferment digestif le contact immédiat qui doit opérer la métamorphose (avantage que ne présentent pas au même degré les autres formules proposées dans ces derniers temps). Toutefois, nous croyons devoir donner la préférence à l'ingestion de la pepsine à l'état liquide, parce qu'il est plus facile d'ingérer un liquide qu'un corps pulvérulent, et surtout parce qu'à l'état liquide il est possible de beaucoup mieux masquer le goût fermentescible, assez nauséeux, qui est propre à la pepsine.

Or, le sirop de pepsine, d'ailleurs assez agréable, dont M. Corvisart a donné la formule, n'est pas susceptible d'une longue conservation, et l'élixir de Garus pepsiné trahit trop la présence du ferment et laisse à désirer sous le rapport de la saveur : nous avons donc, sur la demande de quelques confrères, cherché une formule exempte des inconvénients que nous venons de signaler, et nous croyons avoir convenablement réussi en associant la pepsine à un vin généreux additionné d'alcool et de sucre en quantité suffisante pour masquer la saveur particulière du ferment.

Voici cette formule :

Elixir de pepsine.

Pepsine amylacée (préparée d'après la méthode de MM. Corvisart et Boudault)	6 grammes.
Eau distillée	24 grammes.
Vin blanc de Lunel	54 grammes.
Sucre blanc	30 grammes.
Esprit-de-vin fin, à 33°	12 grammes.

On met ces matières en contact jusqu'à parfaite dissolution du sucre, et l'on filtre.

Cet élixir est d'un goût très-agréable ; les femmes et les enfants le prennent sans aucune répugnance et même avec plaisir.

On l'administre immédiatement après chaque repas, à la dose d'une cuillerée à bouche, contenant justement la quantité de pepsine nécessaire à la digestion, c'est-à-dire 1 gramme.

Mode de préparation d'un saponé destiné à remplacer l'huile de jusquiame.

Dans la pratique des frictions, on se préoccupe plus de faciliter l'acte physique que d'assurer l'action dynamique de l'agent thérapeutique mis en œuvre; aussi les substances médicamenteuses destinées à l'emploi topique sont-elles toujours associées à un corps gras, huile ou axonge. L'expérience clinique nous a appris dès longtemps que les matières grasses nuisent à l'absorption de la peau, et qu'elles sont par conséquent un mauvais excipient des substances destinées à agir par endermie. A quelle forme pharmaceutique recourir de préférence dans ces cas ? Chrestien, on le sait, usait exclusivement d'alcoolés ; à cette préparation, M. Deschamps est venu proposer d'ajouter les saponés.

Nous trouvons dans un journal allemand une note d'un pharmacien de Vienne qui vient à l'appui des conclusions formulées par notre collaborateur sur la prééminence des savons sur les huiles médicinales. Ce pharmacien, M. Bukers, est affecté depuis longues

années de douleurs rhumatismales intenses contre lesquelles il emploie de préférence les préparations de jusquiame. A la suite de nombreux essais, il n'a pas hésité à rejeter l'huile, comme un agent complétement inactif. Une friction d'un quart d'heure, dit-il, ne suffit pas pour faire pénétrer une demi-cuillerée à café d'huile dans la peau, sans tenir compte des douleurs que l'on provoque pendant cette opération, surtout lorsqu'on la pratique sur des parties sensibles. La majeure partie du liniment reste sur l'épiderme, ou s'imprègne dans le linge. Il n'en est pas de même du savon; il est complétement absorbé par la peau, et son emploi est des plus faciles.

Voici le mode de préparation adopté par M. Bukers : pour préparer ce savon, on prend un certain poids de feuilles sèches de jusquiame (qui correspond à trois fois le poids de feuilles fraîches), on les incise finement, on les traite par l'alcool à 80°, en quantité suffisante, par trois digestions successives, en ayant soin d'exprimer chaque fois très-fortement, et de mettre assez d'alcool pour que les feuilles baignent complétement. On peut aussi les épuiser par déplacement, jusqu'à ce qu'elles ne cèdent plus rien. On réunit les teintures et on les distille doucement au bain-marie, jusqu'à ce qu'il ne reste plus que le poids de feuilles employées. Pour trois parties de ce produit, on prend une partie de savon de soude bien sec, qu'on y dissout, et on coule dans de petits flacons à large ouverture.

On peut faire des préparations semblables avec toutes les plantes narcotiques, du moins celles dont le principe actif n'est pas volatil.

Nous préférons les formules données par M. Deschamps. Préparés avec les extraits, ses saponés constituent des préparations magistrales dont le praticien peut modifier l'énergie suivant les circonstances morbides et les effets obtenus.

Question légale sur le lait. — Un mot sur quelques falsifications.

Cet adage : Il y a plus de buveurs que de connaisseurs, est vieux comme le monde ; on le trouve, en effet, traduit dans la langue de toutes les nations. Il ne s'applique pas seulement aux buveurs d'eau, de vin, de bière, de cidre, de liqueurs fortes, mais encore aux buveurs de lait qui veulent que ce liquide soit toujours identique dans sa composition physique et chimique, comme dans son odeur et sa saveur. Ils ignorent, ces prétentieux dégustateurs, que le lait des animaux, et celui de la vache en particulier, varie dans ses qualités, selon que l'animal est jeune ou vieux, bien ou mal portant, nourri avec des plantes vertes ou sèches, sucrées ou non, que la tempéra-

ture est chaude ou froide, enfin que la formation de ce lait dans les glandes mammaires précède plus ou moins longtemps la parturition de la vache.

Un spirituel critique, notre Rabelais moderne, Alphonse Karr, a dit avec juste raison que beaucoup de substances alimentaires ne se trouvent si souvent falsifiées dans le commerce qu'à cause de la ridicule prétention de certaines gens qui veulent des choses impossibles ou qui tiennent moins à la qualité qu'à la quantité. Le lait nous en fournit chaque jour un exemple.

Selon quelques personnes, le lait est de bonne qualité seulement lorsqu'il a une couleur jaune onctueuse; c'est pour elles un indice qu'il est riche en crème. Ce caractère n'est pas toujours exact; mais comme, avant tout, le marchand tient à satisfaire le caprice de ses clients, il colore ce liquide par des moyens factices.

On sait que tout le lait qui arrive dans les grandes cités, et principalement à Paris, passe par plusieurs mains avant d'être débité au public, et que c'est pendant ces échanges qu'il est falsifié; aussi les sous-détaillants se sont émus en apprenant que le moindre corps étranger ajouté au lait entraîne une amende, et souvent la prison.

Plusieurs marchands sont venus nous poser cette question : Quelques cuillerées à bouche de caramel, ajoutées à du lait pour le colorer et lui donner un aspect crémeux, constituent-elles le corps d'un délit auquel on puisse faire l'application de l'article 423 du Code pénal et de la loi du 22 mars 1851 ? Il suffit de lire le texte de la loi pour reconnaître qu'il y a fraude ; car, quoique l'addition du caramel au lait n'offre aucun danger au point de vue de l'hygiène, il a cependant le grave inconvénient de faciliter son adhérence aux parois intérieures du vase dans lequel on le chauffe, de l'y carboniser et de communiquer au liquide l'odeur et le goût de brûlé.

Beaucoup de départements de la France envoient tous les ans à Paris de grandes quantités de charcuterie, pour y être vendues le même jour. Cette année, la foire aux jambons sera notée dans les annales de la ville par les saisies de quantités considérables de ce produit, qui n'offraient pas au conseil de salubrité les qualités voulues.

Chargé d'examiner ce mets que le spirituel conteur Perrault a immortalisé, le boudin, nous l'avons trouvé altéré par l'ammoniaque qui s'y était formé. Le saucisson, cet ami, cette providence du chasseur, n'a pas été ménagé; l'analyse nous a démontré qu'il avait été falsifié avec de la terre glaise.

Parmi les cosmétiques, la pâte d'amandes est journellement em-

ployée parce qu'elle contient de l'émulsine et un peu d'huile ; mais comme la consommation de ce produit est immense, on l'altère avec le ligneux du peuplier réduit en poudre. Ordinairement ce ligneux sert dans la fabrication des papiers peints imitant le velours.

Les pois d'iris, qui servent au médecin à entretenir la suppuration de la plaie des cautères, sont souvent altérés par le temps et les insectes : on dissimulait cette altération avec de l'amidon ou de la poudre d'iris ; mais comme ils n'étaient pas assez adhérents, on se sert aujourd'hui du talc de Venise, qui a le double inconvénient de salir les doigts et la plaie. Cette fraude donne aux pois un aspect brillant qu'ils ne doivent point avoir. St. Martin.

CORRESPONDANCE MÉDICALE.

Deux observations de tétanos idiopathique traité avec succès par l'émétique à haute dose.

Les effets remarquables de l'émétique à haute dose que j'ai été appelé à constater dans le traitement de la chorée m'ont engagé à compulser les nombreux auteurs qui ont écrit sur ce médicament. J'ai été assez heureux pour trouver deux observations fort intéressantes, publiées il y a plus de trente ans par Ambroise Laënnec. Comme elles sont complétement oubliées aujourd'hui, je crois bien faire en venant appeler de nouveau l'attention sur ces faits. Ils sont importants à connaître, à mon avis, car il s'agit de la guérison assez rapide de deux tétanos iodiopathiques, généralisés et intenses, par l'emploi de l'émétique à haute dose.

Dans le premier cas, l'émétique a été donné pendant dix-neuf jours, d'abord à la dose de 20, puis de 50 centigrammes, puis de 1gr,25. Cette dernière dose a été maintenue dix jours.

Dans le second fait, l'émétique a été administré pendant trois jours seulement, à la dose de 75 centigrammes chaque jour.

Ces deux observations sont tout à fait concluantes, surtout la première, dans laquelle l'émétique seul a été employé ; dans la seconde, on a donné, concurremment avec le tartre stibié, du musc qui, suivant moi, a joué un rôle très-secondaire dans la guérison du tétanos.

La guérison a été très-rapide dans l'un et l'autre cas, surtout dans le dernier ; et cependant, chez le second sujet, le tétanos était parfaitement caractérisé, et même d'une très-grande intensité.

Deux cas ne sont pas suffisants pour que l'on puisse tirer une conclusion sérieuse, je le sais parfaitement, aussi je me garderai bien de tomber dans une pareille faute ; mais il faut avouer que de

semblables faits méritent de fixer sérieusement l'attention des médecins. Aussi je n'hésite pas à les rapporter *in extenso*.

Obs. I. *Tétanos idiopathique guéri par le tartre stibié.* — Jean Mathurin, scieur de long, âgé de soixante-quatorze ans, travaillait habituellement dans un lieu exposé au soleil. Vers les premiers jours d'août, il fit une chute sur la tête, et il éprouva pendant quelques jours de violents maux de tête.

Huit jours avant son entrée à l'hôpital, il éprouva un refroidissement subit, étant en sueur; dès lors il éprouva de la difficulté à ouvrir la bouche; les mâchoires se resserrèrent de plus en plus; toute introduction d'aliment solide devint impossible; la rigidité des mâchoires alla en augmentant; bientôt il s'y joignit des douleurs de reins et l'impossibilité de fléchir le tronc; les mouvements des membres devinrent difficiles. Ce fut dans cet état que le malade fut amené à l'Hôtel-Dieu de Nantes, où il offrit, le 26 août, l'état suivant :

Face pâle et un peu jaune; trismus, opisthotonos commençant; mouvement des membres difficile; le malade y ressent parfois des secousses violentes et douloureuses; appétit et soif nuls; constipation depuis deux jours; urines claires et peu abondantes; pouls large, développé, peu fréquent; voix nasillarde : cette voix est naturelle au malade, cependant le trismus semble avoir augmenté cette disposition; sommeil assez paisible. — Saignée du bras; bouillons; gomme sucrée; tartre stibié, 20 centigrammes dans trois verres d'eau. Pas de vomissements, quelques évacuations alvines. Le sang de la saignée présente une légère couenne jaune et tremblotante.

Le 27. Même état; le sommeil a été paisible. (Potion avec 50 centigrammes de tartre stibié.) Pas d'évacuations ni de nausées.

L'émétique fut continué à la dose de 50 centigrammes jusqu'au 30 août.

Son premier effet fut de dissiper les douleurs de reins et de diminuer la roideur du tronc; les mâchoires se desserrèrent assez pour que le malade pût y introduire le bout de la langue.

Le 31. L'état du malade était le même; cependant il avait ressenti quelques secousses pendant la nuit; l'appétit était assez vif. — Deux riz; gomme sucrée; potion avec 1gr,25 d'émétique et 150 grammes de sirop diacode. Pas de nausées ni d'évacuations. Sommeil paisible.

Le 1er septembre. Le malade peut introduire le doigt entre les mâchoires; le tronc est plus flexible; le pouls est plus régulier; il y a un peu de céphalalgie. — Même prescription.

Les 2, 3, 4. Même état. — Même prescription.

Le 5. L'appétit est très-vif. Le malade ouvre la bouche assez pour pouvoir y introduire les aliments. — Même prescription.

Les 6, 7, 8 et 9. On continue l'émétique à la même dose ; les accidents disparaissent entièrement. Le malade mange la demi-portion ; il se lève et se promène tout le jour.

Du 10 au 13, on diminue progressivement la dose de l'émétique qui, le dernier jour, n'est plus portée qu'à 20 centigrammes.

Le 14. Il n'y avait pas eu de selles depuis le 27 août ; on donna un minoratif qui provoqua plusieurs évacuations alvines ; toutes les fonctions s'exécutaient dans l'ordre naturel. Depuis ce jour jusqu'au 24, jour de la sortie, la convalescence ne fut troublée par aucun accident.

On fut cependant obligé, à plusieurs reprises, de combattre la constipation par des bols purgatifs ; néanmoins les forces se rétablirent, et le malade sortit de l'hôpital sans avoir éprouvé aucun retour d'une affection aussi grave.

Obs. II. *Tétanos idiopathique guéri par l'émétique à haute dose.* — Un journalier, âgé de cinquante-cinq ans, fut apporté à l'hôpital de Nantes dans un état de roideur spasmodique de tout les muscles. Couché sur le dos, son corps ne posait que sur les omoplates et les fesses ; les régions lombaire et dorsale étaient soulevées ; les mâchoires étaient fortement serrées. En passant la main sur le tronc ou sur les membres, on sentait tous les muscles fortement contractés ; depuis plusieurs jours les évacuations alvines et l'émission des urines étaient complétement suspendues. La déglutition se faisait encore quand on parvenait à introduire quelque liquide dans la bouche ; les facultés intellectuelles n'étaient pas troublées ; le ventre était douloureux vers l'hypogastre. Cet état était survenu lentement, à la suite d'une fièvre intermittente prolongée.

Le 1er juin, on appliqua trente sangsues sur cette région ; on mit le malade à l'usage d'une potion musquée et de lavements avec l'assafœtida. La diurèse se rétablit, le trismus diminua un peu ; les autres accidents persistèrent. Le deuxième jour on prescrivit l'émétique à la dose de 75 centigrammes.

Au troisième jour de ce traitement, le relâchement des muscles était complet, et toutes les fonctions revenues à leur état ordinaire. Le tartre stibié avait déterminé des vomissements et des selles abondantes ; on le suspendit.

On avait continué la potion musquée ; on la continua encore quelques jours, pendant lesquels le malade reprit toute sa santé habituelle.

Il sortit de l'hôpital parfaitement bien portant, après vingt jours de séjour.

En présence des résultats si remarquables obtenus par Ambroise Laënnec, et surtout lorsqu'on songe à notre impuissance complète, dans l'immense majorité des cas, lorsque nous sommes aux prises avec cette terrible névrose, je crois qu'il serait utile, nécessaire même, de renouveler l'emploi de l'émétique dans cette maladie, d'expérimenter de nouveau ce médicament, afin d'être fixé complétement et définitivement sur la valeur, sur la puissance de ce nouvel antitétanique.

Dr E.-A. Bonfils,
Ancien interne lauréat des hôpitaux.

Du glycérolé de tannin dans la vaginite.

En 1854, le *Bulletin de Thérapeutique* appelait l'attention de ses lecteurs sur la curieuse propriété, signalée par M. Bayes, médecin anglais, que possède la glycérine de dissoudre à peu près son poids de tannin, et sur les applications qui pourraient en être faites dans les affections des membranes muqueuses.

Dès 1855, M. Demarquay, chargé du service de M. Monod à la maison municipale de santé, expérimentait la glycérine pure dans le traitement des plaies, voire même dans le traitement de la pourriture d'hôpital. Puis, en janvier 1856, il publiait ses essais sur la propriété que possède la glycérine de conserver les matières organiques.

De la glycérine pure, M. Demarquay passa bientôt à l'emploi de la glycérine additionnée, et spécialement au glycérolé de tannin, et M. Gustin, interne de la maison de santé, nous donna d'utiles renseignements sur l'emploi de cette substance dans les vaginites, après toutefois que les phénomènes inflammatoires primitifs ont été éteints par un régime antiphlogistique approprié (*Bulletin de Thérapeutique*, t. L, p. 541); mais il faut convenir qu'il n'entrait dans aucun détail sur les phénomènes physiologiques qu'éveillait l'application du glycérolé ni sur les modifications que subit l'organe utérin.

L'application du glycérolé de tannin provoque un flux considérable de sérosité teinte en brun par la substance médicamenteuse. Cette hypersécrétion est si abondante qu'elle inonde la femme et la ferait renoncer à ce mode de traitement, si elle n'avait été prévenue et si elle n'avait pris toutes précautions pour en éviter les incommodités. L'écoulement diminue le troisième jour, mais il est encore assez important pour maintenir l'usage de la garniture.

Ce phénomène pathologique m'a engagé à modifier légèrement

le procédé que j'avais vu employer à M. Demarquay, à la maison de santé ; d'ailleurs il est aussi à noter que le praticien qui agit dans son cabinet ne peut prendre aussi grandement ses aises que le chirurgien d'un hôpital, et que c'est pour lui non-seulement une nécessité, mais encore un devoir de rendre les manuels opératoires aussi simples que possible.

Ainsi, la malade faisait chez elle, avant de se rendre à la consultation, les injections d'eau, et il suffisait alors de quelques boulettes de charpie pour sécher les tissus mis en vue par le spéculum ; on introduisait alors un tampon d'ouate, de la grosseur d'un œuf de poule, imbibé de glycérolé de tannin, et on le tenait fixé à l'aide de pinces, pendant qu'on retirait le spéculum. La position du tampon, relativement au col, variait suivant la direction de celui-ci.

La malade avait été prévenue qu'elle aurait à se garnir immédiatement, et on lui enseignait à retirer le tampon à l'aide d'un fil de fer, qui y avait été précédemment fixé, avant de faire le lendemain matin une nouvelle injection préparatoire à la seconde application.

Pour ne pas surcharger cette communication, j'extrais de mes notes quatre observations types.

Obs. I. Vaginite chronique compliquée d'antéversion utérine sans érosion du col, sans catarrhe utérin ; flueurs blanches abondantes traitées par les injections astringentes et par les pilules de proto-iodure de fer. Lasse de se soigner, la malade ne faisait plus rien depuis six mois et se contentait de soins de propreté. — Application pendant huit jours d'un tampon d'ouate imbibée de glycérolé de tannin, en ayant le soin de ramener préalablement le col en avant. Les phénomènes signalés plus haut se manifestèrent, puis l'écoulement tarit, et des injections d'eau froide ont suffi pour assurer sa guérison.

Obs. II. Vaginite chronique, érosion du col, écoulement muco-purulent utérin. Vingt-huit ans. Traitement antérieur par les cautérisations de nitrate d'argent, les injections astringentes, les ferrugineux et l'eau de goudron. L'estomac, dit la malade, est fatigué de prendre des médicaments. Je lui prescris les bains électro-chimiques de Pennes, trois par semaine, et pratique le pansement vaginal par le glycérolé de tannin ; dès le troisième jour, les flueurs blanches diminuent, les érosions du col se cicatrisent et l'écoulement utérin devient simplement muqueux. Dix jours après, je cessai le traitement, en conseillant de continuer les bains minéralisés et de faire des injections d'eau froide. La guérison ne s'est pas démentie.

Obs. III. Vaginite chronique ; antéversion utérine très-prononcée ;

lèvre antérieure très-développée, violacée; écoulement muqueux utérin. La malade fut obligée de porter la ceinture hypogastrique de Mme Girard. Trois bains électro-chimiques furent prescrits par semaine; chaque jour le col fut ramené en avant, puis un tampon d'ouate chargé de glycérolé fut introduit en arrière du col. L'écoulement de sérosité fut considérable chez cette malade; plusieurs serviettes furent traversées, mais nous eûmes lieu de nous applaudir d'avoir persévéré dans ce moyen; non-seulement les flueurs blanches tarirent, mais nous vîmes la lèvre antérieure perdre de sa teinte violacée, se détendre et revenir presque à son volume normal. C'était là, certes, une amélioration que je ne prévoyais pas devoir être aussi prompte (quinze jours). La malade continue à faire des injections d'eau froide et porte encore sa ceinture, quoiqu'elle n'en sente pas, dit-elle, la nécessité.

Obs. IV. Vaginite chronique; granulations éparses à la partie supérieure et postérieure du vagin, ainsi qu'aux lèvres du col; sécrétion muco-purulente de couleur verdâtre utérine et vaginale. Pansement avec le glycérolé de tannin; bains de Pennes. Guérison en trente jours.

Les femmes qui font le sujet de ces quatre observations ont toutes eu un ou plusieurs enfants, et trois d'entre elles n'ont pas subi de maladies contagieuses. Celle qui fait le sujet de la première a été atteinte de blennorrhagie; mais cet épisode remontait déjà à deux ans lorsqu'elle vint me consulter.

Deux ordres de moyens ont été employés : les bains électro-chimiques de Pennes, qui répondaient par leur action générale à un besoin de l'économie; et le glycérolé de tannin, comme moyen topique, comme modificateur local.

Les bains de Pennes ont sans nul doute aidé puissamment le traitement local, mais seuls ils n'auraient pu, dans un si court espace de temps, amener la résolution de l'affection vaginale et utérine; c'est donc au glycérolé de tannin et aux phénomènes physiologiques éveillés par lui que revient en réalité le bénéfice du traitement.

Le tamponnement du vagin, l'écartement des parois par le volume d'ouate ne peuvent davantage être invoqués, puisque le tampon employé n'avait que la grosseur d'un œuf de poule.

La glycérine, comme le disait avec raison M. Pertus à la Société de médecine pratique (séance du 3 janvier 1856), doit être regardée comme une substance émolliente et comme un agent modificateur des tissus; mais, unie au tannin, elle acquiert des propriétés spéciales; elle devient astringente, après avoir provoqué une excitation

sécrétoire qui dégorge, si j'ose m'exprimer ainsi, les muqueuses, avant de les ramener au type normal. D[r] Lecointe.

BIBLIOGRAPHIE.

Traité pratique et raisonné des plantes médicinales indigènes, par F.-J. Cazin, D. M. Deuxième édition considérablement augmentée et entièrement refondue, avec un atlas de 200 plantes, soigneusement lithographiées.

Le succès qu'a obtenu le livre de M. Cazin est, à nos yeux, une grande preuve du retour du corps médical vers des idées thérapeutiques plus saines et plus rationnelles. Quel orage ou plutôt quels dédains n'eût pas soulevés un pareil livre, au moment où la médecine physiologique triomphait sans rivale! Certainement l'auteur d'un traité sur les plantes médicinales indigènes, sur les *simples*, comme on dit dans le langage vulgaire, eût été rangé par tous les grands docteurs de l'époque parmi les plantes dont il avait fait l'histoire. Quel changement! Il est permis aujourd'hui, sans soulever la moindre objection, sans s'exposer à aucune critique, de parler de la *fumeterre*, du *trèfle d'eau*, et du *chardon bénit*; et l'on n'entend plus murmurer à son oreille cet arrêt que Bichat portait, tant soit peu témérairement, sur la matière médicale de son temps. L'expérience et l'observation ont ramené la génération médicale actuelle à la foi thérapeutique, et nous avons vu enfin le terme d'un septicisme désolant. Nous sera-t-il permis de réclamer une petite part dans cette réaction des esprits en faveur du journal que nous dirigeons, des efforts que nous avons faits depuis tant d'années, des luttes que nous avons soutenues à une époque où la lutte était une défaite plus que certaine? Mais jamais nous n'avons désespéré du triomphe des idées saines, et ce triomphe a eu son jour.

Pour nous, nous avons lieu d'être d'autant plus satisfait du succès du livre de M. Cazin, que ce succès nous n'avions pas hésité à le lui prédire, et que nous étions, jusqu'à un certain point, solidaire de ce livre par les nombreux emprunts que l'auteur a faits à notre collection thérapeutique. Bien loin de nous plaindre de ces emprunts, nous ne pouvons que nous en réjouir, car, sur beaucoup de points, M. Cazin apporte à nos assertions l'appui de son expérience et fait passer à l'état de choses jugées des résultats qui pouvaient être considérés comme provisoires.

M. Cazin a compris que *succès oblige*. La seconde édition de son livre, plus complète et conçue sur un plan plus vaste que la pre-

mière, renferme la désignation des familles des plantes suivant la classification naturelle et artificielle ; leur synonymie latine et française ; leur description détaillée ; leur récolte et leur conservation ; des notions sur leurs propriétés chimiques, leurs préparations pharmaceutiques et leurs doses ; viennent ensuite leur action physiologique et tonique, puis leurs propriétés médicinales. A la fin de l'ouvrage se trouvent des notions générales sur la récolte, la dessiccation et la conservation des plantes, un calendrier floral, la classification des plantes d'après leurs propriétés médicinales, une table des matières pathologiques et thérapeutiques, une table alphabétique des plantes, contenant leurs noms scientifiques et vulgaires, leurs produits naturels et pharmaceutiques. Un atlas de plantes soigneusement lithographiées complète la partie descriptive des plantes les plus usitées.

Ainsi refondu, dit avec raison M. Cazin, cet ouvrage, consacré à une partie de la science généralement négligée dans les auteurs classiques, peut être considéré comme le complément nécessaire de tous les traités de thérapeutique et de matière médicale ; mais nous irons plus loin et nous dirons que ce livre est lui-même un traité de thérapeutique et de matière médicale et que nous n'en connaissons pas beaucoup dans lesquels l'auteur ait une plus grande part de recherches personnelles à revendiquer. Nous n'hésitons donc pas à prédire à la deuxième édition du livre de M. Cazin le même succès qu'à la première, et nous demanderons seulement à notre savant confrère, dans l'intérêt même de son livre, de vouloir bien réclamer pour la troisième édition, les presses de la typographie parisienne ; car, en fait d'impression, nous sommes pour la centralisation ; et nous ne croyons pas qu'avant longtemps la typographie départementale puisse lutter avec les grands établissements typographiques de la capitale.

BULLETIN DES HOPITAUX.

Empyème pulsatile de la face antérieure de la poitrine, du côté gauche. — Évacuation du foyer avec le trocart. — Rupture spontanée et persistance d'un trajet fistuleux. — Nous ne sommes pas partisan des cas rares, car la plupart des faits de ce genre ne s'élèvent presque jamais au delà de ce qu'on peut appeler des curiosités ; mais lorsque des faits rares peuvent devenir l'occasion des erreurs les plus graves au point de vue du diagnostic et du traitement, c'est un devoir pour la science d'enregistrer ces faits, de les placer comme

des fanaux sur la route des observateurs, comme des renseignements que le médecin doit conserver précieusement au fond de sa mémoire pour éviter à lui-même des déceptions, et au malade les conséquences déplorables d'une erreur de diagnostic.

Bien peu de médecins sans doute ont entendu parler de l'empyème pulsatile, c'est-à-dire d'une pleurésie chronique du côté gauche, avec foyer situé à l'extérieur et formant une tumeur fluctuante animée de battements analogues à ceux du cœur ou des anévrysmes; et cependant cette variété existe et a été décrite avec soin, il y a quelque trente ans, par le célèbre Sokes, de Dublin : elle vient d'être observée une fois de plus par notre collaborateur, M. Aran, qui en a fait l'objet d'une communication à la Société médicale des hôpitaux.

La jeune malade qui présentait cette curieuse variété de la pleurésie est une jeune fille de onze ans, qui a toujours été délicate et qui est fille de parents d'une santé assez faible : sa mère est atteinte d'une luxation spontanée de la hanche. Sa jeunesse a été très-malheureuse : à deux ans et demi elle s'est cassé la cuisse gauche, et depuis cette fracture, qui a été traitée par des applications froides, elle a conservé une petite toux sèche; à six ans et demi, elle a eu une affection de poitrine qui paraît avoir été une bronchite avec empyème, et depuis cette époque elle est sujette à avoir des rhumes avec râle sibilant dans la poitrine, principalement du côté droit.

Cette jeune fille a beaucoup voyagé, et le climat de l'Italie avait exercé sur elle une influence des plus heureuses, lorsqu'au mois de novembre dernier elle alla habiter en Saxe, et, sous l'influence de la saison rigoureuse, fut prise, au mois de janvier dernier, d'une pleurésie gauche qui a été traitée assez incomplétement : la pleurésie ne s'est jamais entièrement résolue, bien qu'on ait pu remarquer à diverses reprises de la diminution dans le volume de la poitrine. C'est dans le courant de mai dernier qu'on a commencé à reconnaître un gonflement diffus dans la partie antérieure du côté gauche de la poitrine, et vers la fin de ce même mois, en même temps que l'oppression et la faiblesse faisaient des progrès, on a vu paraître dans le quatrième espace intercostal, près du sternum, prenant une étendue de jour en jour plus grande, une tumeur d'abord sans changement de couleur à la peau, puis avec amincissement de plus en plus marqué de celle-ci; des battements avaient même été remarqués dans la tumeur par la malade, trois ou quatre jours après son développement, mais ce caractère avait échappé à tout le monde.

C'est dans ces circonstances que la malade a été transportée de Dresde à Paris et soumise à l'examen de M. Aran.

Les caractères de la tumeur, leur analogie frappante avec la description qui avait été donnée par Sokes, ont immédiatement fait reconnaître sa nature à notre collaborateur : cette tumeur, du volume du poing, étendue de la troisième côte à la septième, fluctuante dans tous ses points, avec une peau tellement amincie en deux endroits qu'elle menaçait de se rompre à chaque instant, présentait à son centre des battements isochrones à ceux du pouls, battements plus sensibles encore à la main, et comme de soulèvement dans toute son étendue, avec retentissement des bruits du cœur à son niveau ; mais, en y regardant avec attention, on saisissait dans la tumeur deux autres mouvements, l'un de dilatation d'ensemble coïncidant avec l'expiration, l'autre de rétraction dans l'inspiration. Plus de doute : c'était une tumeur fluctuante communiquant avec la poitrine, et l'examen plessimétrique venait lever ce qui pouvait rester de doutes, en montrant le déplacement du cœur refoulé vers la ligne du mamelon droit et l'abaissement du foie. Il y avait de la fièvre, 120 pulsations, 36 respirations, affaiblissement considérable.

Quelque certain que lui parût le diagnostic, notre confrère voulut d'abord reconnaître la nature du liquide avec un trocart explorateur : c'était du pus très-épais. La petite plaie ne se referma pas et fournit du pus en abondance pendant deux jours ; mais, la plaie une fois close, la tumeur se reforme de nouveau, et une seconde ponction est faite le 8 juin et donne issue à un litre et demi de pus épais. On reconnaît alors que la perforation correspond au quatrième espace intercostal gauche, près du sternum, et qu'elle peut donner passage à un doigt, tant les côtes sont écartées ; l'air ne peut pénétrer dans la poitrine, car la peau fait soupape sur l'ouverture. Malgré cette ponction et le soulagement qu'elle apporte, la tumeur se remplit de nouveau, la peau s'amincit de jour en jour, et les deux points signalés se rompent en même temps le 12 juin, donnant issue à une énorme quantité de pus. Fort heureusement, les ouvertures extérieures ne sont pas directes et ne communiquent que par un petit foyer intermédiaire avec la poitrine : l'air ne pénètre pas dans le foyer.

L'amélioration est très-grande les jours suivants, mais le pus coule en abondance, la faiblesse fait des progrès : des injections avec une sonde de femme sont faites dans la poitrine, d'abord avec de l'eau, pour laver le foyer, puis avec de la teinture d'iode (45 grammes pour 150 d'eau distillée). Ces injections diminuent la quantité de la sécrétion, mais provoquent une recrudescence dans les phé-

nomènes de la pleurésie, marquée par la douleur de l'épaule gauche principalement. L'opium calme ces accidents; mais l'amélioration ne devient frappante qu'à partir du moment où la jeune fille est transportée à la campagne, le 15 juin. Une véritable transformation s'opère en elle : les forces reviennent, l'appétit est meilleur, la fièvre tombe, le foyer se vide peu à peu, le cœur reprend de jour en jour sa place, la poitrine s'affaisse rapidement du côté gauche, en même temps qu'une certaine quantité de pus, un verre au moins, s'écoule dans les vingt-quatre heures. Tout fait donc espérer que la guérison aura lieu dans un temps plus ou moins éloigné.

Un mot sur un nouveau cas de mort par le chloroforme. — Les morts qui se sont produites dans les hôpitaux de Paris ont été si peu nombreuses, à l'encontre de celles qu'a présentées la pratique nosocomiale des autres pays, qu'on s'explique facilement l'impression pénible éveillée dans le corps médical par l'annonce d'un nouveau cas de ce genre. Les détails suivants, publiés par la Gazette des hôpitaux, prouveront que ce fait ne fournit pas d'élément nouveau à la question pratique des inhalations, mais ils rappelleront avec quel soin on doit toujours procéder à l'examen des malades qu'on va soumettre à une opération, si l'on veut se mettre à l'abri d'un événement fatal.

Au lit n° 12 de la salle 11 de l'hôpital militaire du Gros-Caillou, était entré, le 24 mars dernier, le nommé Brumoy, âgé de quarante-cinq ans environ, grenadier au 1er régiment des grenadiers de la garde. C'était un homme d'une taille moyenne, d'une constitution assez bonne, mais paraissant cependant un peu altérée par la fatigue.

Cet homme, sur les antécédents duquel nous n'avons pu nous procurer des renseignements bien étendus, présentait dans les bourses une tumeur formée par le testicule droit, du volume d'un œuf de dinde à peu près, dure, rénitente, que M. Ceccaldi, dans le service duquel il se trouvait, pensa être une affection cancéreuse du testicule et qu'il résolut d'enlever.

Le jeudi 27 mai, au matin, le malade fut amené dans la salle des opérations; il ne paraissait pas trop ému ; il fut placé sur la table, et on commença les inhalations de chloroforme : étaient présents MM. Ceccaldi, qui devait pratiquer l'opération; Thomas, médecin principal de première classe : Boudier, médecin-major de première classe; de Potor, aide-major de service; plusieurs élèves et plusieurs médecins requis attachés à l'hôpital.

On ne se servit pour tout appareil que d'un cornet formé par une compresse contenant un peu de charpie sur laquelle on répandit le chloroforme. Nous devons dire, pour être juste, que l'inhalation fut pratiquée par M. de Potor avec un soin tout particulier et avec toute la prudence et les précautions que réclame cette opération délicate. Dans le principe, tout se passa bien. Il n'y eut ni agitation, ni soubresauts, ni mouvements désordonnés, rien, en un mot,

qui annonçât un état de souffrance chez le malade ; la respiration était parfaitement calme.

Au bout de deux minutes, on fit quelques épreuves pour s'assurer de l'état de la sensibilité. La résolution n'était pas complète. L'anesthésie ne fut pas trouvée suffisante ; on jugea convenable de continuer l'inhalation ; le chloroforme, toujours dans le même appareil, fut rapproché des narines. Tout d'un coup, et sans qu'aucun phénomène eût pu faire prévoir ce qui allait se passer, Brumoy se lève sur son séant, les yeux hagards, les pupilles dilatées d'une manière effrayante, les bras tendus et les muscles énergiquement contractés, le visage exprimant l'angoisse d'un homme qui étouffe et qui cherche de l'air ; puis il retombe sur le lit, pousse une dernière expiration, et ne fait plus un seul mouvement... Il était mort. Deux minutes et demie ou trois minutes s'étaient tout au plus écoulées depuis le commencement de l'inhalation, et M. Ceccaldi, croyant le sujet arrivé enfin à l'état convenable, avait eu à peine le temps de placer le bistouri sur la peau.

Dès que l'accident fut signalé, on mit en usage tous les moyens imaginables pour ranimer le malade : révulsifs, chatouillement de la glotte, frictions sur la région précordiale, application de charbons incandescents sur la partie supérieure des parois de la poitrine, respiration artificielle par pression du thorax, puis bouche à bouche... Tout fut inutile.

Le lendemain, l'autopsie fut faite.

Le cerveau était sain, sans engorgement. Les deux poumons étaient engoués fortement ; mais leur tissu, surtout celui du poumon droit, était parsemé d'une quantité considérable de tubercules miliaires. Au sommet du poumon droit, adhérent par de fortes brides à la plèvre costale, existait une caverne assez vaste, tapissée en bas par une fausse membrane qui limitait la portion détruite du tissu pulmonaire.

Le testicule droit était converti en une masse tuberculeuse, du volume d'un œuf de dinde, présentant quelque analogie pour l'aspect avec le blanc d'un œuf durci au feu.

Une exploration plus attentive de la poitrine de ce malade eût fait reconnaître facilement l'existence de la phthisie, puisqu'une caverne existait au sommet de l'un des poumons. Cette circonstance, qui est une contre-indication formelle à la pratique des inhalations, eût éloigné toute idée d'y procéder ; sa constatation eût fait plus encore, car elle eût sans aucun doute éclairé le chirurgien sur la nature de l'affection du testicule qu'il voulait enlever.

RÉPERTOIRE MÉDICAL.

Accouchement (*Fracture du sternum produite pendant le travail de l'*) ; *guérison*. Deux chirurgiens français ont rapporté un cas de fracture transversale du sternum survenue dans les derniers moments de l'accouchement chez une femme de trente-cinq ans, enceinte pour la première fois, et qui mourut le quatorzième jour. Voici une seconde observation du même genre de lésion, mais dont l'issue a été plus heureuse.

Une femme de vingt-cinq ans, d'un tempérament sanguin nerveux,

présentant un bassin bien conformé et arrivée au terme de sa grossesse, commence à souffrir des douleurs de l'accouchement le 1er janvier 1857. Celles-ci allèrent régulièrement en augmentant de fréquence et d'intensité. La jeune femme joignit aux contractions spontanées et naturelles de l'utérus et des muscles abdominaux ses propres efforts. Tout à coup, elle sentit un craquement et une douleur intense dans la région antéro-supérieure de la poitrine, et après quelques moments elle accoucha d'une fille vivante. La sortie de l'arrière-faix fut facile; mais après la délivrance la douleur de la région sternale augmenta.

Pendant sept jours on méconnalt la fracture. A cette époque, les symptômes sont menaçants; la malade est assise dans son lit, ne pouvant se coucher ni sur les côtés, ni sur le dos; l'élévation des bras la fait également souffrir. La face est tuméfiée, presque livide; la langue est rouge et sale; fièvre vive, pouls dur, plein et fréquent, soif ardente, constipation, sécrétion du lait régulière. La respiration est difficile, inégale, au point de faire craindre la suffocation. Une toux opiniâtre et fréquente faisait éprouver à la patiente les plus cruels tourments, et chaque secousse renouvelait le craquement et la douleur de la poitrine, n'amenant qu'un peu de mucosité jaunâtre. Le point douloureux, qui était précisément à la partie supérieure du sternum, présentait une élévation due à la fracture de cette partie de l'os, le fragment supérieur faisant saillie, l'inférieur étant déprimé. Les secousses de la toux, en ébranlant les fragments de l'os, faisaient entendre aux assistants la crépitation caractéristique des fractures. Potion sédative, sangsues, puis saignée, qui amena un grand calme.

Le lendemain, on plaça un appareil convenable, et la malade fut assise dans son lit. Au bout de trente-cinq jours, il ne restait dans le point fracturé qu'un léger relief dû au cal, suffisamment fort et consolidé; à dater de ce moment la malade a pu reprendre ses occupations domestiques. (*Bull. di Bologna* et *Gazette médicale*, juin.)

Aliénation mentale *des enfants et plus particulièrement des jeunes gens*. Nous extrayons ce qui suit des conclusions d'un savant mémoire que M. Brierre de Boismont vient de lire à l'Institut.

« La forme maniaque, ou plutôt la perversion des instincts avec exaltation, est celle que les jeunes malades présentent ordinairement. Sur 30 cas où les antécédents ont pu être recueillis avec soin, 18 fois il y avait une prédisposition héréditaire. Dans 12 autres cas, le caractère avait cette teinte de singularité, de bizarrerie, qui n'attend qu'une circonstance déterminante pour passer à la folie. Indépendamment de l'aliénation mentale dont ils avaient eu des accès, les parents étaient eux-mêmes plus ou moins excentriques et impressionnables à l'excès. Les enfants nés dans ces conditions étaient inégaux, exaltés, tristes ou gais à l'excès, travaillant mal ou par boutades, et constamment punis. Chez les 42 sujets dont il s'agit dans ce travail, les premiers symptômes du mal se sont manifestés vers la puberté.

« L'influence de ces transmissions héréditaires est presque complétement inconnue des éducateurs; aussi voit-on souvent la folie être le résultat de cette ignorance.

« Le pronostic de la folie, chez les jeunes gens prédisposés, est grave; car si la guérison est de près de moitié du chiffre total, il y a, dans la majorité des cas, des rechutes, des changements de caractères et de l'inaptitude à exercer un état. Au point de vue du pronostic de l'aliénation mentale en général, la connaissance de ces faits prouve que, dans la proportion considérable de l'incurabilité, il faut tenir compte de la nature des éléments.

« L'influence de l'hérédité morbide physique et morale est un enseignement pour la philosophie, l'éducation et la médecine légale. Le traitement hygiénique et médical peut arrêter les progrès du mal, mais il est insuffisant; lorsque celui-ci est passé à l'état de dégénérescence, il faut alors recourir au croisement des familles. Les expériences nombreuses tentées avec un si grand succès sur les animaux, celles toutes faites sur la race humaine, démontrent chaque jour la puissance de cette loi. »

Cadmium (*Action toxique du carbonate de*). La presse médicale belge rapporte, d'après M. Soret, un exemple d'intoxication de trois individus par l'inhalation d'une poudre employée pour blanchir l'argenterie. D'après une analyse, cette poudre consisterait en carbonate de cadmium.

Les symptômes principaux ont été des selles, des vomissements, des étourdissements, de la gêne dans la respiration, un sentiment de constriction à la gorge, des crampes douloureuses. Dans une de nos précédentes livraisons, nous avons publié l'analyse d'une note de M. Garod sur l'iodure de cadmium; après avoir signalé les bons effets de ce nouveau composé iodique employé topiquement, le savant pharmacologiste anglais incitait à son essai à l'intérieur. Nous rappelant l'innocuité qui semblait ressortir de quelques expérimentations de ce sel tentées par M. Simpson, nous n'avons émis aucune réserve; cette abstention nous fait un devoir de signaler le fait de M. Soret à l'attention de nos lecteurs. Du reste, nous savons encore trop peu de chose des propriétés physiologiques des composés du cadmium pour trancher aucune des questions que pose leur étude thérapeutique.

Hydrocèle *vaginale compliquée de cryptorchydisme.* Aux causes d'erreurs de dragnostic auxquelles un arrêt dans la migration du testicule peut donner lieu, il faut ajouter la complication de l'hydrocèle vaginale, dont aucun auteur n'a encore parlé. Dans les cas de ce genre, il y a une tumeur aqueuse, compliquée de la présence du testicule, s'étendant le long du canal inguinal et formant une tumeur à la région iliaque, ou se prolongeant au delà du canal par l'anneau inguinal et faisant saillie dans la partie supérieure du scrotum. En voici deux exemples rapportés par M. Ghérini :

Obs. I. Un paysan âgé de trente ans portait une tumeur à la région iliaque droite. Elle occupait tout le trajet du canal inguinal et était de forme ovoïde, molle, élastique, fluctuante, transparente dans la petite portion qui sortait de l'anneau, irréductible et indolente. Le testicule droit manquait dans le scrotum. Le diagnostic restant douteux, au lieu d'une injection iodée, le chirurgien préféra l'incision pour la cure radicale. L'incision donna issue à une quantité considérable de sérosité; on reconnut l'existence du testicule vers le milieu du canal; on introduisit une tente dans la cavité de la tumeur. Guérison radicale en deux mois.

Obs. II. Paysan de quarante-huit ans, tumeur à l'aine gauche; mêmes caractères que dans l'observation précédente. Opération par incision; péritonite, mort.

L'auteur conclut : 1° que le diagnostic de cette complication se fonde sur les symptômes propres de l'hydrocèle, avec absence du testicule dans le scrotum et exclusion des symptômes des autres maladies de cette région; 2° que le traitement par l'incision est une opération grave; 3° qu'il faut donner la préférence à l'injection iodée. (*Ann. univ. di med.* et *Gazette médicale*, juin).

Paralysie pharyngienne. *Guérison à l'aide de la sonde œsophagienne.* *L'Union médicale* de la Gironde rapporte un cas très-rare et très-curieux de paralysie pharyngienne survenue brusquement sans cause appréciable et dont la guérison a été obtenue à l'aide de la sonde œsophagienne. Voici ce fait :

Un M. S..., âgé de cinquante-trois ans, pendant qu'il mettait le pied sur une voiture, éprouva soudain une impossibilité de déglutir sa salive. Il passa ainsi cinq jours entiers sans qu'un atome de salive, de boisson ou d'aliment traversât l'isthme du gosier. Avec cette impossibilité de déglutition il existait une modification remarquable de la voix, qui était nasonnante. Le 8 novembre, cinquième jour de l'invasion, M. Rey, consulté, constata une atrésie fonctionnelle absolue du pharynx. Tout était anatomiquement dans les conditions les plus normales. Il y avait toutes raisons de penser que le fascicule des petits muscles qui vont de l'apophyse styloïde au pharynx, à la langue et à l'os hyoïde, que les constricteurs du pharynx et surtout les muscles staphylins étaient frappés de paralysie. Après avoir vainement fait usage de sinapismes, de frictions avec des teintures de strychnine, de vésicatoires, et enfin de l'électrisation localisée, tout se montrant inutile, on eut recours, en désespoir de cause, à la sonde œsophagienne, dans l'unique but d'alimenter le malade et d'étancher sa soif. A ce moment voici quel était son état : le pouls était petit, déprimé, 90 pulsations environ ; le malade était en proie à un éréthisme nerveux; les nuits étaient agitées et troublées par l'insomnie. — A dater de ce moment, il est survenu une amélioration graduelle des plus sensibles. D'abord, le malade a commencé par se sentir fortifié par les aliments (bouillons et vin) qu'on lui ingérait trois ou quatre fois par jour à l'aide de la sonde; quelques jours plus tard il commença à déglutir sa salive, puis quelques gout-

tes d'eau sucrée. Après quelques jours il put mâcher du pain, dont quelques parcelles parvinrent à traverser le pharynx. Enfin, vers le soixantième jour de la maladie et après quarante jours d'usage de la sonde, le malade commença à pouvoir exercer une déglutition suffisante pour se nourrir désormais.

Deux faits avaient entretenu M. Rey dans l'espérance de réussir, c'était d'une part l'énergique désir qu'avait le malade de guérir, et sa conviction profonde qu'il y réussirait, et d'autre part le souvenir d'un cas parfaitement identique que lui avait rapporté dans le temps son frère, M. le docteur Daniel Rey. Dans ce cas comme dans celui-ci, la sonde œsophagienne avait fait tous les frais de la guérison. (*Presse médicale belge*, avril 1858.)

Poisons (*Action physiologique de plusieurs*). La thérapeutique tire de trop précieux renseignements de l'action physiologique de certaines substances médicamenteuses, pour que nous hésitions à emprunter à l'Union médicale le résumé suivant d'un savant travail de M. Kölliker :

I. *Irritabilité musculaire.* — *a.* Il est des poisons (curare et probablement conicine) qui paralysent les nerfs dans l'intimité des muscles, sans diminuer l'irritabilité de ces derniers, et même celle-ci se conserve plus longtemps qu'à l'ordinaire. — *b.* D'autres substances (vératrine et probablement extrait d'ellébore noir) n'agissent nullement sur les nerfs, mais tuent les muscles. — *c.* D'autres substances, enfin, exercent leur influence paralysante sur les nerfs et sur les muscles (acide cyanhydrique et ses préparations.) — *d.* Les muscles dont les nerfs sont tués par le curare ne manifestent très-souvent, sous l'influence d'irritations locales, que des contractions locales, plutôt tétaniques. — *e.* Les muscles qui ont éprouvé une fatigue extraordinaire par de violentes contractions tétaniques déterminées par l'opium, la strychnine ou le galvanisme, sont moins irritables et perdent leur irritabilité plus rapidement que d'autres muscles. L'auteur fait remarquer que les première, deuxième et quatrième propositions lui feraient proclamer hardiment l'existence de l'irritabilité spéciale des muscles, si les deux premières n'étaient à l'abri de toute objection; il croit seulement qu'elles font contre-poids aux expériences par lesquelles Eckhard combat cette irritabilité.

II. *Rigidité cadavérique.* — *a.* L'époque de son invasion est indépendante de l'état des nerfs dans les muscles; les empoisonnements avec le curare montrent les muscles, dont les nerfs sont complétements paralysés, devenant rigides plus tard que les autres. — *b.* Les poisons qui paralysent les fibres musculaires elles-mêmes (vératrine et acide prussique) déterminent une rigidité plus prompte. — *c.* Le travail exagéré des muscles par suite du tétanos (opium, strychnime, électricité) amène une rigidité plus hâtive. — *d.* Certaines substances appliquées localement sur les muscles retardent la rigidité (acide cyanhydrique), d'autres la favorisent (vératrine).

III. *Action sur le cœur sanguin et les cœurs lymphatiques.* — *a.* Les poisons qui paralysent les nerfs (curare, conicine) modifient peu l'activité du cœur; tout au plus le nombre des battements augmente un peu au commencement. Si l'on coupe ce cœur en fragments, il n'y a que les portions pourvues de ganglions qui continuent à battre, comme dans l'expérience ordinaire. — *b.* Les poisons musculaires paralysent également le cœur et le rendent promptement rigide; avec l'acide prussique cet état s'accompagne d'un extrême relachement, qui fait défaut avec la vératrine. — *c.* Les poisons tétaniques agissent peu sur le cœur; cependant, dans un cas d'empoisonnement par l'opium, chaque accès de tétanos était accompagné d'un court arrêt du cœur dans la diastole. — *d.* Les cœurs lympathiques des grenouilles sont paralysés par les poisons qui paralysent les nerfs périphériques. Ils ne possèdent donc pas en eux-mêmes la cause de leur mouvement. — *e.* Pendant le tétanos de la strychnine et de l'opium, ces cœurs s'arrêtent dans un état de contraction. — *f.* L'électrisation de la moelle par un courant constant détermine une contraction tonique de ces organes; mais elle arrive plus lentement que celle des muscles volontaires.

IV. *Action sur le système nerveux.* — *a.* Le mode d'action spécial de certains poisons (curare), qui n'attaquent que les nerfs moteurs et n'agissent sur les nerfs sensitifs que plus tard ou même pas du tout, démontre entre ces deux fibres nerveuses des différences qu'aucune autre expérimentation n'avait encore fait soupçonner. — *b.* Les essais avec le curare

ont prouvé que des nerfs complétement paralysés pouvaient renaître et reprendre leur ancien pouvoir conducteur. — *c*. Les poisons tétaniques peuvent paralyser complétement les nerfs moteurs par surexcitation. — *d*. D'autres poisons, comme le curare, la conicine, la nicotine, l'acide prussique, paralysent les nerfs moteurs par l'intermédiaire du sang; les trois premiers agissent d'abord sur les expansions nerveuses, et l'acide sur les troncs nerveux.—*e*. Dans certaines circonstances, des tubes nerveux, à moelle coagulée, peuvent encore servir de conducteur, ce qui prouve que le cylindre axile est le seul élément actif. —*f*. L'action délétère de quelques poisons sur les nerfs se manifeste plus lentement lors de l'application locale que lorsqu'ils arrivent par le sang; la raison en paraît résider dans leur pénétration plus lente dans le tissu nerveux.

En général, les poisons montrent des affinités spéciales pour certains organes. Il n'existe encore que des poisons nervins et des poisons musculaires. Les premiers se divisent en trois groupes : 1° ceux qui agissent sur la substance grise (vératrine, strychnine, opium) ; 2° ceux qui affectent les tubes nerveux (curare, conicine) ; 3° ceux qui attaquent les deux éléments (acide prussique, nicotine, éther). Dans tous ces groupes, il y a des substances excitantes et des substances paralysantes. On ne connaît pas de poison musculaire exclusif; cependant la vératrine peut presque compter dans cette classe. On ne possède pas de poison sanguin, c'est-à-dire de substance modifiant les rapports physiologiques des éléments normaux du sang entre eux, de manière à rendre le sang nuisible. Les poisons agissent sur les organes par l'intermédiaire du sang et par application locale, et la rapidité de l'action des poisons violents s'explique naturellement par la rapidité de la circulation.

Scarifications *de l'œil dans les cas de nébulosités vasculaires de la cornée*. Les scarifications de l'œil employées avec succès et préconisées par M. Desmarres, dans les cas de nébulosités vasculaires de la cornée, paraissent devoir prendre rang dans la thérapeutique oculaire, à côté au moins, si ce n'est au-dessus, des moyens usités jusqu'ici en pareille circonstance. Quelles sont les indications qui réclament plus particulièrement l'usage des scarifications; dans quelles circonstances et de quelle manière convient-il d'y avoir recours? Voici sur ces divers points les résultats des expériences et de l'étude auxquelles s'est livré M. le docteur Berne, chirurgien en chef désigné de la Charité de Lyon.

D'abord peut-on pratiquer les scarifications oculaires à toutes les périodes des nébulosités de la cornée? Ce serait une grande erreur, suivant M. Berne, d'agir ainsi. En opérant trop tôt, on risquerait d'être plus nuisible qu'utile au malade. Il faut considérer, en effet, que ces vaisseaux qui obscurcissent une cornée panniforme en nourrissant les produits de nouvelle formation, ont été souvent, au début, d'une grande utilité; leur développement à ce moment a permis à la partie malade de supporter l'action morbide; sans leur secours, le plus souvent la vitalité cornéale affaiblie eût succombé et la destruction totale eût été inévitable. Ne sent-on pas, dès lors, tout le danger qui pourrait résulter à cette période d'une intervention intempestive du chirurgien : aussi les scarifications ne doivent-elles jamais avoir pour objet de supprimer complétement ces vaisseaux; elles doivent seulement en limiter le nombre, de manière que ceux qui restent puissent effectuer la résorption des produits plastiques. Ainsi comprises, les scarifications oculaires paraissent à M. Berne réaliser le type des indications dans les kératites plastiques vasculaires.

Quant au procédé, voici celui qu'il recommande. Il est convenable, dit-il, d'avoir toujours plusieurs scarificateurs. Beaucoup offrent une courbure trop peu prononcée et coupent dans une trop grande étendue. Or, pour peu que les paupières, étroites, un peu disposées au spasme, ne se laissent pas écarter convenablement, on risque de blesser la face interne palpébrale, ou les rebords des cartilages tarses. Avec une lame plus convexe, plus petite, on évite cet inconvénient. Pour peu que le malade soit indocile, et surtout si l'on a affaire à des kératites panniformes compliquées encore de sensibilité anormale ou de tendance au blépharospasme, l'opération est facilitée en se servant d'élévateurs. Ces précautions préliminaires étant prises, le chirurgien promène l'instrument tranchant parallèlement à la cornée sur les traînées vasculaires. Il faut

avoir soin de faire porter la section assez près du rebord cornéal.

En général, pour peu que les sections aient été faites en quatre ou cinq endroits différents, les petites plaies saignent assez abondamment. Il faut, pendant quelques minutes, favoriser cet écoulement sanguin. Un peu d'eau tiède projetée entre les paupières enlève les caillots et favorise ainsi le dégorgement, utile dans bien des cas.

Enfin, après l'opération, pour éviter autant que possible toutes les chances défavorables d'un inflammation trop grande, M. Berne applique un léger pansement par occlusion. Un linge cératé recouvre l'œil, un peu de coton est mis par-dessus et retenu par une bande, et le tout reste en place pendant trente-six heures environ, si le malade n'accuse pas de douleurs.

En résumé, pour M. Berne, les scarifications méritent la préférence parmi les moyens de la deuxième catégorie, c'est-à-dire ceux qui s'appliquent à la suppression des vaisseaux de nouvelle formation. Elles réalisent à ses yeux le type des indications curatives, en restreignant tout d'abord la nutrition des opiacés et en supprimant plus tard les vaisseaux eux-mêmes. Après l'emploi des scarifications, M. Berne conseille, à moins d'inflammation trop intense, de revenir à l'usage des collyres excitants. Enfin, ce n'est jamais au début des vascularisations cornéales que les scarifications doivent être employées, les vaisseaux étant alors souvent utiles et devant être, par conséquent, respectés. (*Gaz. méd. de Lyon*, mai 1858.)

Spéculum laryngien. La première idée d'explorer le larynx à l'aide d'un miroir porté dans la bouche à l'aide d'un fil métallique convenablement recourbé, paraît devoir être attribuée à Manuel Garcia. Le docteur Türck a appliqué plus tard le même moyen à ses malades. Enfin, M. le professeur J. Czermak s'est livré avec le spéculum laryngien à quelques expériences physiologiques qui lui ont donné la conviction que cet instrument est appelé à rendre au médecin de très-grands services. Voici quelques détails sur ce sujet.

Le miroir de Garcia a plusieurs centimètres carrés de surface; sa forme est celle d'un carré allongé; son cadre doit être très-étroit. Fixé sur un long manche, il est porté assez profondément dans la bouche, largement ouverte, pour toucher par son bord inférieur à la paroi postérieure du pharynx, en même temps qu'il refoule en haut le voile du palais. On donne au miroir une inclinaison telle qu'il réfléchisse l'image de la région qu'on veut explorer.

Avec un peu d'exercice on parvient de cette manière à voir toute la base de la langue, l'épiglotte, les cordes vocales supérieures et inférieures, les ventricules de Morgagni, la muqueuse qui recouvre les cartilages aryténoïdes et la paroi postérieure du pharynx jusqu'à l œsophage, voire même, dans une inspiration profonde du malade, une portion notable de la face interne de la trachée. Malheureusement, dit Garcia, dans les cas les plus heureux, le tiers antérieur de la glotte reste caché par l'épiglotte.

M. Czermak pense qu'il ne serait pas impossible, en tournant le miroir vers le plan supérieur, de le faire servir également à l'exploration de la face postérieure du voile du palais, des trompes d'Eustache et de la partie supérieure du pharynx. Dans le cas de destruction partielle du voile du palais et de la voûte palatine, il serait possible de voir dans le miroir une portion de la cavité nasale qui, même dans ces circonstances, se dérobait complétement à l'investigation ordinaire.

L'emploi du spéculum laryngien présente quelques difficultés, faciles d'ailleurs à surmonter; elles proviennent moins du médecin que du malade. Le premier n'a qu'à donner au miroir l'inclinaison convenable, à le débarrasser de la vapeur d'eau qui s'y condense et à diriger la lumière; tandis que le second doit s'habituer au contact des corps étrangers avec l'arrière-gorge, contact qui produit si facilement des mouvements reflexes excessivement désagréables.

Les parties profondes peuvent être éclairées directement par la lumière solaire ou celle d'une lampe; on peut aussi réfléchir la lumière au fond de la cavité buccale, au moyen d'un miroir concave perforé à son centre; ce dernier mode d'éclairage paraît préférable à l'autre. Pour éviter que le spéculum ne soit terni par la condensation de la vapeur d'eau, il faut, avant de le porter dans la bouche, le plonger dans l'eau chaude pendant quelques secondes, ou bien l'exposer à une flamme qui ne donne pas de fumée.

Pour examiner les parties profondes du larynx, il faut engager le malade à produire des sons très-aigus de

la voix de fausset. (*Wienn Medizin. Wochens.* et *Gaz. hebdom.*, juin 1858.)

Staphylômes de la cornée (*Nouveau procédé pour l'amputation des*). Lorsqu'un point de pratique chirurgicale est mis en discussion, il importe de rassembler tous les éléments qui peuvent permettre de trancher la question en litige. La note de M. Doumic que nous publions à la Thérapeutique, p. 531, sur le traitement du staphylôme par la ligature modifiée, montre que les ophthalmologistes sont loin d'être d'accord sur le meilleur procédé opératoire à mettre en œuvre pour l'ablation des staphylômes de la cornée. Cette circonstance nous engage à emprunter aux Annales d'oculistique la description du procédé fort expéditif que M. Caron du Villard dit avoir employé avec un grand succès dans près de trois cents cas.

Dans le premier temps, on écarte les paupières avec le dilatateur de Kelley-Snowden, qu'envers et contre tous ce chirurgien proclame le meilleur, quand il est convenablement fait. —Dans le second temps, on traverse le staphylôme de part en part, aussi près que possible de sa base, pour qu'il n'y ait pas d'éraillement, avec un ténaculum dont la pointe est armée d'une petite lame.— Dans le troisième temps, on tire légèrement sur le ténaculum et on présente à la base du staphylôme le tranchant d'un bistouri courbe, boutonné (hermiotome de Pott), et en deux ou trois mouvements imprimés au tranchant on enlève le staphylôme nettement, sans franges ni bavures, sans avoir jamais besoin de recourir aux ciseaux et aux pinces. M. Caron dit n'avoir jamais vu d'accidents, car la plupart de ceux qui se montrent à la suite des extirpations de staphylômes sont dus, selon lui, non à l'opération, mais à la manière de la pratiquer. Presque tous ses opérés ont été soumis à la pose d'un œil artificiel, et M. Caron fait appel au témoignage de M. Boissonneau pour certifier que les moignons ont toujours été très-convenables, très-fermes, très-propres à subir les bénéfices de la prothèse oculaire.

Lorsque les staphylômes sont considérables et qu'on peut désirer seulement de réduire le volume de l'œil, le vider, le conduire à une espèce d'insensibilité atrophique qui préserve son congénère d'accidents sympathiques et permette de recourir à la prothèse, nous pouvons accepter l'enseignement donné par M. Caron du Villard, car il découle d'une pratique de dix-sept années; mais si le staphylôme est de petite dimension, nous pensons que l'emploi de la ligature sera préférable, puisqu'elle laisse des chances de voir la vision se rétablir par la distension de la cornée ou être rendue par la création d'une pupille artificielle.

Sueurs profuses (*Bons effets de l'oxyde de zinc dans les*). M. le docteur Jackson assure avoir retiré de très-bons effets de l'emploi de l'oxyde de zinc pour combattre les sueurs nocturnes profuses des phthisiques. Il le prescrit, quelle que soit la période de la maladie, toutes les fois que les sueurs sont assez abondantes pour qu'il devienne nécessaire d'en diminuer la quantité. Le malade prend ordinairement 35 centigrammes, quelquefois 50 à l'heure de son coucher. La dose est répétée, si cela est nécessaire, à quelques heures de distance. Ce moyen a encore été essayé avec succès par M. Jackson dans un cas de sueur excessive qui suivait des accès de fièvre intermittente, et dans un cas de transpiration profuse après des accès de rhumatisme aigu. (*Boston journ.* et *France médicale*, mai 1858.)

VARIÉTÉS.

ARSENAL MÉDICO-CHIRURGICAL.

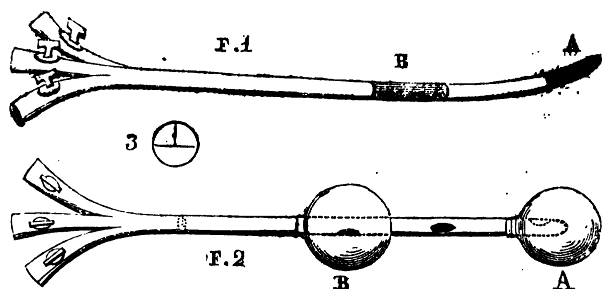
Nouvelle sonde pour limiter les injections dans le canal de l'urètre.

Les avantages obtenus par l'application locale d'agents modificateurs sous forme soit solide, soit liquide, dans le traitement de certaines affections inflammatoires ou ulcéreuses siégeant dans des organes d'un accès facile, devaient inspirer et ont fait naître l'idée de recourir aux mêmes moyens pour combattre

les lésions semblables situées dans des points moins aisément abordables, c'est-à-dire dans des cavités ou des canaux ; et, pour atteindre ce but, un grand nombre de procédés et d'instruments spéciaux ont été imaginés. Aucun organe ne présentait, au point de vue de chirurgie pratique qui nous occupe ici, plus de difficultés à surmonter que l'urètre de l'homme. C'est que ce canal, par son étroitesse, par sa longueur, par sa direction, par sa constitution anatomique, par la nature de ses lésions, par la gravité des symptômes dont elles s'accompagnent, se trouve, quant à l'application directe des agents modificateurs, dans des conditions infiniment plus délicates que tout autre. Aussi, malgré tout ce qui a été fait jusqu'à ce jour, il reste encore bien des progrès à réaliser.

C'est un de ces progrès que s'est proposé un jeune chirurgien lyonnais, M. le docteur Félix Bron, en faisant construire une nouvelle sonde destinée, non pas seulement à porter des injections dans l'urètre, mais à les limiter à la portion de ce canal, siége de la lésion, sans qu'elles puissent atteindre les parties restées saines.

Cet instrument consiste en une sonde à triple courant, ou en trois sondes indépendantes l'une de l'autre et réunies en une seule sous une même circonférence cylindrique. Chacune de ces sondes se termine à un bout par un pavillon distinct, muni d'un robinet, et, à l'autre bout, par un trou ou œil ouvert dans la paroi commune. Ces trous ne sont pas situés à la même distance des pavillons, mais de telle sorte qu'entre le plus rapproché et le plus éloigné il existe une distance arbitraire de 7 centimètres, au milieu de laquelle est percé l'œil de la troisième sonde. Les deux trous A et B sont cachés chacun par un petit manchon en caoutchouc très-mince, dont l'épaisseur disparaît dans une déperdition de substance faite au corps de l'instrument. Ces deux manchons fixés solidement au métal, celui correspondant au trou A par sa seule ouverture, l'autre par ses deux extrémités, forment la boule, quand ils sont distendus au moyen d'une certaine quantité d'air ou d'eau qu'on y fait parvenir. L'œil resté libre est destiné à transmettre dans le canal le liquide modificateur qu'on se propose d'y injecter. Le cathétérisme avec cet instrument est le même qu'avec les sondes ordinaires. Cela posé, voici la manière de procéder.



On mesure préalablement la profondeur du mal au moyen d'une bougie à boule, puis l'on porte cette bougie sur la sonde, de manière que son renflement olivaire corresponde à l'œil, entre les deux ballons. En se réglant sur ces mesures, quand l'instrument est introduit à la profondeur voulue, son extrémité dépasse le siége de la lésion de toute la longueur qui existe au delà de cet œil.

La sonde en place, on dilate les manchons, puis l'on ferme les robinets correspondants. Ces manchons, ainsi maintenus dilatés, circonscrivent dans

leur intervalle la portion malade de l'urètre. Par le pavillon de la sonde B, on pousse alors le liquide médicamenteux, qui, se répandant dans le canal par l'œil de cette sonde, se trouve arrêté de part et d'autre par le renflement des deux poches, et, dès lors, ne peut agir que sur la partie ainsi isolée de l'urètre. En fermant le robinet, on prolonge cette action à volonté. Quand on la juge suffisante, on commence par donner issue au liquide injecté en rouvrant ce robinet, puis, après avoir vidé les manchons de la même manière, il ne reste plus qu'à retirer la sonde.

L'instrument de M. Bron a été construit d'après des données rationnelles; l'expérience sanctionnera-t-elle les espérances qu'il peut faire concevoir? Nous faisons des vœux sincères pour qu'il en soit ainsi. Mais une crainte nous préoccupe, c'est que cette sonde limitatrice des injections urétrales ne soit pas apte à fonctionner également bien dans toutes les parties du canal, notamment dans la portion prostatique, et la raison en est visible. Ce n'est pas là, du reste, une objection : il suffit que cette ingénieuse invention soit applicable dans certains cas donnés et qu'elle puisse y rendre des services, pour qu'on ait à s'en féliciter.

Il nous reste à spécifier les cas dans lesquels, d'après le jeune chirurgien de Lyon, cet instrument pourra être employé. Il y a lieu de distinguer deux formes d'inflammation chronique de la muqueuse de l'urètre : dans l'une, la lésion a lieu d'une manière franche, avec des limites bien tranchées, et elle affecte, dans certains cas, la forme ulcéreuse; dans l'autre, elle est plus intense en un point à partir duquel elle diminue d'intensité du centre à la circonférence, en sorte que les limites séparant la partie saine de celle qui est malade ne sont pas nettement dessinées. Le diagnostic différentiel se tire des sensations éprouvées par le malade pendant qu'on procède au cathétérisme avec une bougie à boule. C'est la dernière de ces deux formes de localisation des lésions inflammatoires de l'urètre que M. Bron croit plus avantageux de combattre par les injections, à condition que l'action en soit limitée à la seule partie malade; c'est pour répondre à cette indication qu'il a imaginé et fait construire son ingénieux instrument, réservant la forme solide du topique, le crayon caustique, pour les cas où la lésion est plus nettement limitée, où il n'y a qu'un seul point malade. Exprimons, en terminant, l'espérance que notre confrère fera connaître les résultats que lui donnera l'expérimentation.

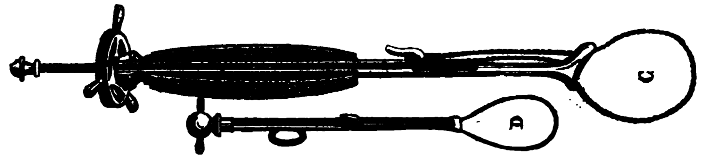
Ligature extemporanée. — Instruments destinés à son exécution.

M. Maisonneuve a présenté, dans la dernière séance de l'Académie, une série d'instruments constricteurs construits sur le modèle du serre-nœud de Græfe, et gradués de manière à remplir toutes les indications relatives à la ligature extemporanée, depuis la ligature des plus minces polypes de l'oreille jusqu'à l'amputation de la cuisse.

Ces instruments, sortis des ateliers de M. Charrière, sont au nombre de trois :

Le premier, ou serre-nœud de trousse, qui pourrait à la rigueur suffire à la plupart des applications usuelles de la ligature extemporanée, convient principalement à l'amputation des polypes du nez et de l'oreille, à l'amputation de la luette, à l'extirpation des hémorrhoïdes, à l'opération de la fistule à l'anus, à l'extirpation des tumeurs pédiculées de tout genre, et, en général, à toutes les opérations qui n'exigent pas une constriction très-puissante.

C'est donc un instrument précieux, qui mérite à tous égards de faire désormais partie de la trousse du chirurgien.

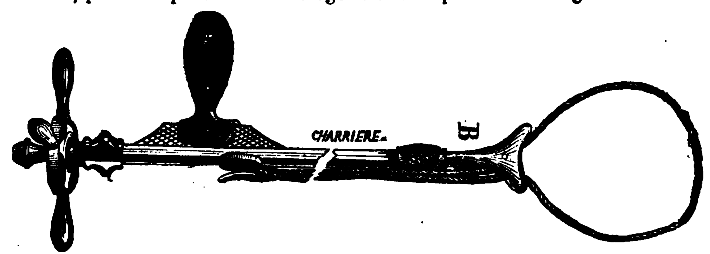


Sa structure est celle du serre-nœud de Græfe, avec cette différence seulement que son anneau terminal est aplati au lieu d'être rond; pour lien constricteur, il est muni d'un simple fil de fer d'un millimètre de diamètre.

Le n° 2, ou constricteur proprement dit, est construit sur le même modèle que le précédent, mais avec des dimensions doubles.

Sa longueur est de 30 centimètres. Le diamètre de sa vis est de 6 millimètres et demi; son anneau terminal, long de 2 centimètres, a 4 millimètres de large. L'un des bords de cet anneau est arrondi et un peu déprimé, l'autre un peu plus saillant et plus acéré. Enfin, pour manivelle, il est muni d'un volant à trois branches représentant un rayon de 4 centimètres et roulant librement sur la vis.

Pour ligature, on peut à volonté se servir d'une forte ficelle de 5 à 4 millimètres de diamètre, ou d'une corde en fil de fer de même volume. La première convient dans les cas où l'on désire surtout une ligature très-flexible, susceptible d'être conduite à travers les tissus, au moyen d'une aiguille, comme pour l'amputation de la langue, pour l'extirpation du rectum... L'autre, un peu plus rigide et pouvant former des anses qui se soutiennent, tout en se pliant facilement aux formes diverses qu'on veut leur imprimer, convient merveilleusement pour l'extirpation des polypes fibreux du pharynx, pour ceux de l'utérus, pour l'amputation de la verge et autres opérations analogues.



Enfin, le n° 3, ou grand constricteur, est exclusivement réservé pour l'amputation des membres. Construit sur le même plan que les précédents, il n'en diffère guère que par le volume : sa longueur totale est de 4 décimètres, son anneau terminal offre une ouverture de 3 centimètres de long et de 1 centimètre de large. Son corps est muni d'un manche mobile en forme de poignée ; la manivelle de la vis consiste en un levier long de 2 décimètres.

Pour ligature, on y adapte une corde en fil de fer, composée de dix à douze brins, et d'un volume total de 8 millimètres.

A l'aide de ce puissant constricteur, on peut sans difficulté pratiquer l'amputation du membre le plus volumineux : c'est celui dont M. Maisonneuve s'est servi pour les six amputations de jambes et d'avant-bras dont il a communiqué récemment les observations à l'Académie des sciences.

Emploi du collodion pour recouvrir les vases pharmaceutiques.

Il y aura toujours bon nombre de pharmaciens, dit M. Schærer, qui, pour conserver les poudres végétales et animales, préféreront les boîtes aux flacons de verre, qui, étant bons conducteurs de la chaleur et fortement influencés par les variations atmosphériques, donnent facilement accès à la moisissure et aux altérations des substances qu'ils contiennent. L'inconvénient incontestable qu'offre le bois par sa perméabilité est neutralisé d'une manière frappante par l'emploi du collodion. Il suffit d'en verser à peu près 2 gros dans la boîte, qu'on tourne d'abord dans plusieurs sens, afin que le collodion se répande également sur le fond, et d'étendre immédiatement après ce qui en reste sur les parois de la boîte, au moyen d'un pinceau doux en poils de blaireau; on utilise naturellement l'excédant du collodion pour une autre boîte. Après avoir répété la même manipulation pour le couvercle, on laisse sécher le tout, et l'on obtient ainsi des boîtes qui ferment hermétiquement, et ne peuvent plus présenter de précipités de vapeur d'eau dans leur intérieur. Les corps qu'on y renferme se conservent parfaitement bien, et sans subir aucune altération, comme je m'en suis assuré pendant plus de deux ans. — Il va sans dire que la surface intérieure des boîtes doit être unie, lisse et parfaitement propre, sans quoi le collodion se détacherait en écailles.

Le collodion, ayant une résistance extraordinaire à l'action de l'iode, est aussi très-utile pour doubler les bouchons de liége destinés à des flacons remplis de teinture d'iode ou d'iode pur, et c'est là un procédé très-avantageux pour l'expédition de ces substances.

L'Académie de médecine vient de déclarer une vacance dans sa section de physique et de chimie médicales. En tête des compétiteurs pour cette place, se trouvent M. Gavarret, professeur de physique de la Faculté, et M. Mialhe; l'élection ne peut donc fournir qu'une nomination approuvée par tout le monde.

La question du rétablissement du baccalauréat ès lettres, comme condition d'inscription aux Facultés de médecine, est soumise en ce moment par S. Exc. le ministre de l'instruction publique à l'examen d'une Commission composée des inspecteurs généraux de l'enseignement supérieur, de MM. Rayer (de l'Institut), P. Dubois, doyen de la Faculté, et Michel Lévy, directeur de l'Ecole impériale de médecine militaire. Les délibérations sont présidées par M. Dumas, vice-président du Conseil impérial de l'instruction publique.

La Cour de cassation, toutes Chambres réunies, vient de décider que l'exercice illégal de la médecine, même en récidive, mais sans usurpation de titre, n'est point un délit, mais une simple contravention. En conséquence, ceux qui s'en rendent coupables ne peuvent être condamnés qu'à une amende de 15 francs, et à un emprisonnement d'un à cinq jours.

M. le docteur Mazade (d'Anduze) vient d'être nommé membre correspondant de l'Académie médico-chirurgicale de Ferrare.

A la suite d'un concours, M. Colombat, ancien interne de l'Hôtel-Dieu de Marseille, a été nommé aide d'anatomie à la Faculté de médecine de Montpellier.

Pour les articles non signés, E. DEBOUT.

TABLE DES MATIÈRES

DU CINQUANTE-QUATRIÈME VOLUME.

D.

E.

